أسس
التربية الخاصة

الأستاذ الدكتور
جمال محمد الخطيب

Scanned by CamScanner

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الخطيب، جمال محمد

أسس التربية الخاصة / جمال محمد الخطيب - الدمام، 1434هـ

....ص ؛ ..... سم.

ردمك: 978-603-8093-34-4

1-التربية الخاصة 2- الأطفال المعوقون - تعليم أ- العنوان

ديوي 371.9 1434/2811

رقم الإيداع: 1434/2811

ردمك: 978-603-8093-34-4

جميع الحقوق محفوظة

الطبعة الأولى

1434 هـ - 2013 م

مكتبة المتنبي

AL MOTANABI BOOK SHOP

الدمام - شارع المستشفى المركزي

هاتف: 8413000/8411395 - فاكس: 8432794

ص.ب: 610 الدمام 31421 المملكة العربية السعودية.

E-mail: mb.book.sa@gmail.com

Scanned by CamScanner

أسس
التربية الخاصة

الأستاذ الدكتور
جمال محمد الخطيب

مكتبة المتنبي
AL MOTANABI BOOK SHOP

Scanned by CamScanner

بسم الله الرحمن الرحيم

Scanned by CamScanner

تقديم

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين نبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين وبعد.

لا تزال التربية الخاصة تحظى باهتمام كبير في المجتمعات الإنسانية المعاصرة. فالمجلات والمؤلفات والمؤتمرات العلمية، والبرامج الجامعية المصممة لإعداد معلمي التربية الخاصة، والتشريعات والسياسات التربوية الأكثر انصافاً وعدالة، والمنظمات والمؤسسات والمدارس التي تعنى بتعليم وتأهيل الأطفال والشباب ذوي الإعاقة كلها إلى ازدياد بشكل مضطرد ليس في الدول المتقدمة فقط وإنما في الدول الأقل نمواً أيضاً.

لكن المكتبة العربية لا تزال فقيرة في الكتب المرجعية في مجال التربية الخاصة. لذلك يأتي هذا الكتاب لتوضيح أسس تعليم الأطفال والشباب ذوي الإعاقة من جهة والموهوبين من جهة أخرى. وقد حرصت فيه على توخّي الوضوح والإيجاز في العرض والأخذ بالدقة والتوثيق والحداثة في المفاهيم والأساليب.

ويقع الكتاب في ثلاثة أبواب تتضمن خمسة عشر فصلاً. الباب الأول عنوانه "الأسس المفاهيمية والتاريخية للتربية الخاصة" ويتناول مفاهيم أساسية في التربية الخاصة والأسس التاريخية للتربية الخاصة. ويوضح الباب الثاني الفئات العشر التي تقدم لها خدمات التربية الخاصة والخدمات الداعمة وهي: الإعاقة العقلية، والإعاقة الجسمية، وصعوبات التعلم، والإعاقة السمعية، والإعاقة البصرية، والاضطرابات السلوكية والانفعالية، واضطرابات التواصل، واضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، واضطراب الطيف التوحدي، والموهبة والتفوق. وأما الباب الثالث فهو يناقش الأسس القانونية، والمهنية، والبحثية للتربية الخاصة.

أرجو أن أكون قد وفقت في تقديم أسس التربية الخاصة بما يلائم توجهات ومنجزات هذه المهنة الإنسانية المتطورة في العصر الذي نعيش فيه. وما توفيقي إلا بالله.

الأستاذ الدكتور جمال محمد الخطيب

عمّان: أغسطس، 2012 م

Scanned by CamScanner

1

الباب الأول

الأسس المفاهيمية والتاريخية للتربية الخاصة

Scanned by CamScanner

الفصل الأول

مفاهيم أساسية في التربية الخاصة

Scanned by CamScanner

مقدمة

التربية الخاصة فرع من فروع التربية يعنى بتعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة بطريقة تعالج الفروق الفردية بين الطلبة وتلبي احتياجاتهم الفردية. وتشمل هذه العملية تخطيط وتنفيذ نظام فردي من أساليب التدريس، والمعدات والمواد المكيفة، والبيئات الخالية من الحواجز، وغيرها من البرامج والخدمات الرامية إلى مساعدة الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة على تحقيق أعلى مستوى ممكن من الاكتفاء الذاتي والنجاح في المدرسة والمجتمع. ويصعب تحقيق مثل هذه الأهداف ما لم يتم إتاحة الفرص لهؤلاء الطلبة للحصول على التعليم في الفصول الدراسية العادية أو التقليدية.

ويتمثل الهدف الأساسي المنشود من التربية الخاصة في مساعدة وتمكين الطلبة ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة على تحقيق أقصى مدى ممكن من النمو، والتكيف، والتحصيل، والاستقلالية. والتربية الخاصة هي تربية قبل أي شيء لكنها تنفذ وفقاً لبدائل إدارية عديدة. وهي ذات جدوى اقتصادية وإنسانية.

وفي كل المجتمعات، تحتاج أعداد هائلة من الأفراد في سن المدرسة إلى خدمات التربية الخاصة. ويعرف هؤلاء بالطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة. وهم طلبة يختلفون جوهرياً عن الطلبة الآخرين من حيث قدراتهم، وأساليب تعلمهم. ويتمثل هذا الاختلاف الجوهري في أداء يزيد عن المتوسط أو ينخفض عنه بشكل جوهري. وبكلمات أخرى هناك: (أ) أفراد معوقون، (ب) أفراد موهوبون/متفوقون، وكلاهما بحاجة إلى تربية خاصة. والإعاقة فئات مختلفة هي: الإعاقة العقلية، الإعاقة السمعية، الإعاقة البصرية، الإعاقة الجسمية، الاضطرابات الانفعالية/السلوكية، صعوبات التعلم، اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، والتوحد، واضطرابات التواصل.

Scanned by CamScanner

كل الأطفال قادرون على التعلّم

وأشار تقرير حديث صادر عن منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2011) إلى أن نسبة انتشار الإعاقة أصبحت أعلى بكثير مما كانت عليه في الماضي. فقد أفاد هذا التقرير أن نسبة انتشار الإعاقة في عالم اليوم أصبحت 15٪ ولم تعد 10٪ كما كانت تفيد التقارير في عقد السبعينيات من القرن الماضي وهو العقد الذي أجريت فيه آخر دراسة مسحية للإعاقة على مستوى العالم. ويعني ذلك أن عدد الأشخاص المعوقين في العالم في الوقت الحالي قد يصل إلى بليون نسمة. وتعزو منظمة الصحة العالمية ذلك إلى زيادة متوسط عمر الإنسان، والانتشار السريع للأمراض المزمنة، والتحسن الذي طرأ على منهجية قياس معدلات حدوث الإعاقة. ويعيش 80٪ من الأشخاص المعوقين في الدول الأقل دخلاً. وفي كل دول العالم، يتبين أن الإعاقة أكثر بين الفقراء والنساء وكبار السن.

وفي تقرير قدّماه لمكتب التربية الخاصة الأمريكي عام 2002، بيّنت واجنر وبلاكوربي (Wagner & Blackorby, 2002) توزيع الأطفال ذوي الإعاقة في المدارس الابتدائية والإعدادية في الولايات المتحدة الأمريكية حسب فئة الإعاقة (أنظر الجدول 1-1). يتضح من الجدول أن أكثر فئات الإعاقة التي تقدم لها خدمات التربية كانت: صعوبات التعلم المحددة، يليها اضطرابات الكلام واللغة، فالإعاقة العقلية، فالاضطرابات الانفعالية، فالاضطرابات الصحية المزمنة.

Scanned by CamScanner

الجدول (1-1): توزيع الأطفال ذوي الإعاقة في المدارس الابتدائية والإعدادية في الولايات المتحدة الأمريكية حسب فئة الإعاقة

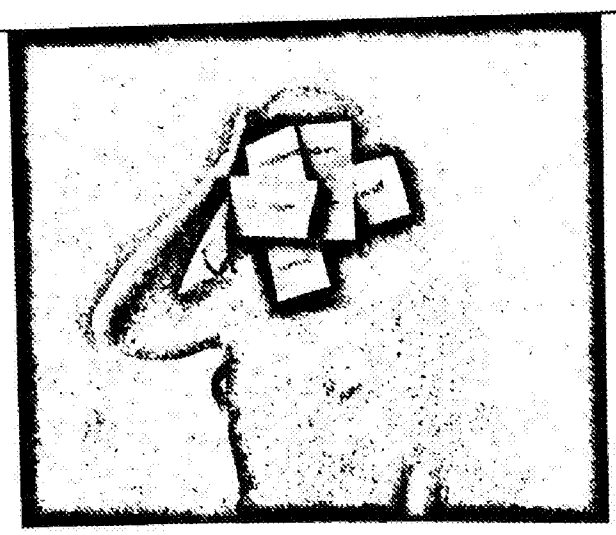
الفئة	النسبة
صعوبات تعلم	34.2%
اضطرابات تواصل	30.3%
إعاقة عقلية	8.8%
اضطرابات انفعالية	6.2%
إعاقة سمعية	1.2%
إعاقة بصرية	0.4%
إعاقة جسمية	1.3%
اضطرابات صحية مزمنة	4.5%
توحد	1.4%
إصابات دماغ مكتسبة	0.2%
إعاقات متعددة	1.8%
صمم/كف بصر	0.1%
تأخر نمائي	0.6%
المجموع	100%

التسميات التشخيصية (Diagnostic Labels)

لا بدّ من نظام ما لتحديد ذوي الحاجات الخاصة وتصنيفهم. ومع ذلك، فان أي نظام قد ينطوي على مخاطر وصعوبات فالفروق الفردية بين ذوي الحاجات الخاصة

Scanned by CamScanner

واسعة ولا يمكن لفئة أو تصنيف أن تصف كاملاً الخصائص المتباينة للأفراد ذوي الحاجات الخاصة. ومن إيجابيات المسميات: (1) أنها تعمل على إبراز حجم مشكلة الإعاقة في المجتمع، (2) أنها تساعد الإدارات على توفير خدمات التربية الخاصة لفئات الإعاقة المختلفة، (3) أنها تيسّر التواصل بين المؤسسات والأفراد، (4) أن معظم المعلومات التي قدّمتها البحوث تتصل بفئات تربوية خاصة محددة، (5) أنه ليس هناك بديل لنظام التصنيف المتداول، (6) أن معظم مصادر التمويل الحكومية والخاصة ترتبط بفئات إعاقة محددة. أما سلبيات المسميات الأساسية فهي: (أ) أنها نادراً ما تعكس الحاجات التربوية أو العلاجية للأفراد، (ب) أن الاختبارات التي تستخدم للتشخيص والمسميات لا تتمتع بمصداقية كبيرة، (ج) أن المسميات تقود إلى صور نمطية سلبية وتوقعات متدنية من الأفراد، (د) أن المسميات تعمل على انخفاض مفهوم الذات، (هـ) أن بعض المسميات مرنة أو متساهلة إلى حدٍّ كبير وتسمح بوصف الطفل بأنه معوق مع أنه غير معوق (الخطيب والحديدي، 2010).



تثير التسميات التشخيصية ردود فعل سلبية لدى معظم الناس.

Scanned by CamScanner

العوامل التي أسهمت في تطور التربية الخاصة

يقدّم الفصل الثاني معلومات تفصيلية عن التطور التاريخي. كما تبين الفصول الأخيرة في هذا الكتاب تطور قوانين التربية الخاصة، ودستورها المهني والأخلاقي، ودور البحوث العلمية في تحسين ممارساتها ونماذج تقديمها. لذا نكتفي في هذا الفصل بمجرد الإشارة السريعة إلى أهم العوامل التي كان له أثر واضح على انتقال التربية الخاصة من محاولات وجهود فردية بسيطة محدودة الفاعلية إلى مهنة ناضجة ذات أساس بحثي ومعرفي متطور.

- تغيّر الاتجاهات في المجتمع، واستنادها إلى العلم بدلاً من الخرافة وإساءة الفهم.
- توفر اختبارات ومقاييس كشفية وتشخيصية، وبذلك تم الاعتماد على المعلومات الموضوعية بدلاً من التحيزات الشخصية.
- زيادة أعداد الكليات والجامعات التي تقدم برامج دراسية في التربية الخاصة، وبالتالي زيادة أعداد المتخصصين في التربية الخاصة.
- تغيّر النظرة نحو دور المدرسة ومسؤولياتها، وتزايد الاهتمام بحركات الإصلاح والتجديد التربوي. فالمدرسة لم تنشأ لتعليم الطالب "المتوسط" فقط.
- سَنّ التشريعات والقوانين لحماية الحقوق المدنية الأساسية للأشخاص المعوقين وأسرهم.
- تعاظم جهود الدفاع التي يبذلها أولياء الأمور، والمتخصصون، وجمعياتهم.
- التطورات المستمرة في العلوم الطبية، وغيرها من العلوم.
- تزايد وتنوع تطبيقات التكنولوجيا في التربية الخاصة والتأهيل.

الفريق متعدد التخصصات (Multidisciplinary Team Work)

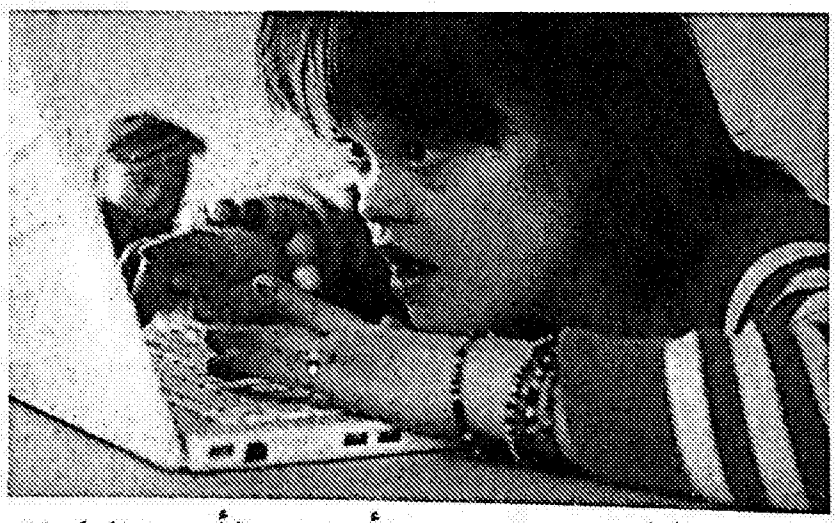
نظراً لتنوع حاجات الأفراد ذوي الإعاقة، فإن العمل الفعّال في ميدان التربية الخاصة يقتضي بالضرورة التعاون والتنسيق ضمن فريق متعدد التخصصات. وربما يكون التعاون أحد أهم ركائز التربية الخاصة المعاصرة ومن أهم التخصصات التي قد

Scanned by CamScanner

تقدّم الخدمات المباشرة وغير المباشرة لهؤلاء الأفراد: التربية الخاصة، والطب، والعلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والعلاج النطقي، والتربية البدنية الخاصة، وعلم النفس، والخدمة الاجتماعية، والتمريض، وغير ذلك.

التكنولوجيا في التربية الخاصة (Technology in Special Education)

الأشخاص ذوو الإعاقة هم إحدى فئات المجتمع التي تستطيع الاستفادة من الفرص التي تتيحها التكنولوجيا المعاصرة. فالأدوات والأجهزة التكنولوجية يمكن أن تسهم في تخفيف الصعوبات التي تفرضها الإعاقة. وقد لعبت التكنولوجيا في العقود الثلاثة السابقة دوراً بالغ الأهمية في تمكين الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة من المشاركة النشطة والفاعلة في حياة المجتمع وأنشطته.



يتوفر حالياً أشكال هائلة من الأدوات والأجهزة المكيفة، والمساعدة، والتأهيلية.

ويُستخدم الكمبيوتر حالياً لتحقيق أغراض متنوعة في مجال التربية الخاصة في كافة المراحل العمرية. فالكمبيوتر يُستخدم في القياس والتقييم، وكأداة مساعدة في التدريس، وفي تطوير البرامج التربوية الفردية، وفي تدريب معلمي التربية الخاصة،

Scanned by CamScanner

وفي إدارة برامج التربية الخاصة. وأصبحت التكنولوجيا المكيفة والمساندة أكثر انتشاراً وتنوعاً من أي وقت مضى وأصبحت توفر فرصاً غير مسبوقة للأشخاص ذوي الإعاقة في مجالات الاستقلال الشخصي، والتفاعل الاجتماعي، والترويح، والمشاركة في الحياة الثقافية، الخ.

البدائل التعليمية في التربية الخاصة

لما كانت الإعاقات أنواع مختلفة ودرجات ومتباينة وتأثيراتها على النمو والتعلم متفاوتة بشكل واسع، كان لا بد من توفير بدائل تعليمية متنوعة اعتماداً على فئة إعاقة الطالب وشدتها، واحتياجاته الخاصة. وهذه البدائل، التي تعرف في الأدبيات المتخصصة بهرم الخدمات التربوية الخاصة، تشمل:

- الصف العادي.
- غرفة المصادر.
- التعليم على يدي معلم متجول.
- الصف الخاص.
- المدرسة النهارية الخاصة.
- التعليم في المنزل.
- التعليم في المستشفى.
- التعليم في مؤسسة داخلية.

وتحديد البديل أو الوضع التعليمي المناسب ليس بالأمر السهل حيث ينبغي مراعاة جملة من المتغيرات والعوامل لاختيار الوضع الأكثر ملاءمة للطالب. ومنذ عقود تقوم سياسات التربية الخاصة على اختيار الوضع الأقرب إلى البيئة التربوية العادية. وفيما يلي وصف لهذه البدائل التعليمية كما قدّمه الخطيب (2011).

Scanned by CamScanner

الصف العادي (Regular Classroom)

ليس هناك ما يمنع نسبة كبيرة من الطلبة الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة من التعلم في الصف العادي حيث أن معظم الإعاقات من المستوى البسيط. ويقترح إلحاق الطالب المعوق في الصف العادي في الحالات التالية:

(1) أن يكون لدى الطالب القدرات اللازمة للعمل في المدى المعرفي الموجود في الصف.

(2) أن يتمتع الطالب بالمهارات اللازمة للتفاعل مع أقرانه في الصف والأنشطة الترويحية والاجتماعية.

(3) أن يكون لدى الطالب رغبة في التعلم مع أقرانه غير المعوقين في الصف العادي.

(4) أن يكون قد توفر للطالب خبرات في أنشطة مدمجة سواء في المدرسة أو الترويح أو الأوضاع الاجتماعية.

(5) أن يكون لدى الوالدين رغبة في تعليم طفلهما في الصف العادي.

(6) أن يكون الطفل قادراً على الاعتماد على نفسه في تأدية معظم مهارات العناية بالذات والأنشطة الحياتية اليومية.

(7) أن يتمتع الطالب بالاستقرار العاطفي اللازم للتكيف مع متطلبات البيئة التعليمية في الصف.

(8) أن يكون الطالب قادراً على التعبير عن حاجاته بالكلام أو الكتابة أو غيرهما من الأساليب.

غرفة المصادر (Resource Room)

يستطيع الأطفال ذوو الإعاقات البسيطة الالتحاق بالصف العادي وإذا اقتضت الضرورة تقدم لهم مساعدة خاصة في غرفة المصادر. وفي هذه الغرفة يتم تقديم الخدمات الداعمة وفقاً لجدول زمني منظم. ويعمل في غرفة المصادر معلم تربية

Scanned by CamScanner

خاصة لديه خبرة كافية بمناهج وأساليب التربية الخاصة. ويأتي الطلبة إلى غرفة المصادر ضمن مجموعات تتكون الواحدة منها من (4) طلاب ويلتحق الطالب بهذه الغرفة لفترة واحدة أو فترتين يومياً كحد أقصى. ويتم تعليم الطلبة في هذه البيئة التعليمية فردياً أو في مجموعات صغيرة.

المعلم المتجول (Itinerant Teacher)

كما يشير الاسم، يتنقل المعلّم المتجول من مدرسة إلى أخرى لتقديم خدمات التربية الخاصة للطلبة الملتحقين بالمدارس العادية. ويُستخدم هذا النموذج في المناطق النائية التي يوجد فيها أعداد قليلة من الطلبة ذوي الإعاقات. ولا يقتصر عمل المعلّم المتجول على التعليم المباشر للطلبة فهو قد يقدم الاستشارات التربوية لمعلمي الصفوف العادية أيضاً.

الصف الخاص (Self-Contained Classroom)

لدى بعض الطلبة إعاقات شديدة أو متعددة تمنع دمجهم في الصف العادي. وقد يكون البديل التربوي الأقل تقييداً بالنسبة لهم هو الالتحاق بصف خاص في المدرسة العادية. ويسمح ذلك بدمجهم اجتماعياً مع أقرانهم غير المعوقين في الأنشطة غير المنهاجية.

المدرسة الخاصة (Special School)

إذا كانت الإعاقة شديدة تمنع الطفل من الالتحاق حتى بصف خاص فإن المدرسة النهارية الخاصة تصبح البديل العملي. ولا تتيح المدرسة الخاصة الفرصة للطلبة ذوي الإعاقة للتفاعل الاجتماعي مع الطلبة العاديين لأن جميع أقرانهم في المدرسة الخاصة هم طلبة معوقون. لكن هذه المدارس ذات فوائد لا يمكن إغفالها من حيث البعد الإداري التنظيمي فهي مزودة بكوادر متخصصة ومعدات وأجهزة مكيفة ومساندة.

Scanned by CamScanner

التعليم في المنزل (Home-Based Education)

إذا كانت إعاقة الطفل شديدة إلى درجة تمنع التحاقه بمدرسة لفترة زمنية طويلة فالبديل قد يكون تقديم البرنامج التعليمي له في المنزل. وقد يتعاون معلمو التربية الخاصة مع المعلّمين العاديين في تنفيذ البرنامج التعليمي في المنزل.

التعليم في المستشفى (Hospital-Based Education)

التعليم في المستشفى قد يكون البديل المناسب لبعض الطلبة. ويتم اختيار هذا البديل إذا كان الوضع الصحي للطالب يقتضي ذلك. ويكون التعليم في هذه الحالة جزءاً من العملية العلاجية طويلة المدى والتي تتطلبها بعض الأمراض المزمنة. ويمكن تنفيذ التعليم من هذا النوع في غرفة صفية خاصة في المستشفى أو في السرير إذا كانت حالة الطفل تمنع من الحركة.

التعليم في مؤسسات الإقامة الداخلية (Residential Schools)

إن نسبة قليلة من الطلبة ذوي الإعاقة لديهم إعاقات شديدة قد يرافقها إعاقات عقلية أو حسية أو سلوكية. وقد يكون البديل الواقعي بالنسبة لهؤلاء الطلبة هو الالتحاق بمؤسسة داخلية إذا كانت المدرسة النهارية غير مناسبة أو غير متوفرة وإذا كان التعليم المنزلي غير مناسب. وفي هذه المؤسسة، تقدم برامج علاجية طبية ونفسية وخدمات وتربوية واجتماعية متعددة العناصر لتلبية الاحتياجات الخاصة والمتنوعة للطلبة.

تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية (Inclusive Education)

منذ عقد السبعينات في القرن الماضي، بذلت بعض الدول جهوداً مخلصة لدمج الأشخاص المعوقين في المجتمع. وعلى المستوى المدرسي، يتضمن الدمج تعليم الأطفال المعوقين مع أقرانهم العاديين على افتراض أن الأطفال الذين يتعلمون معاً

Scanned by CamScanner

يستطيعون العيش معاً. ويتطلب الدمج تعاون كوادر التعليم العام وكوادر التربية الخاصة. والدمج حركة تسعى لضمان حقوق الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في تلقي التعليم في أوضاع تربوية عادية قدر المستطاع. وقد نتجت هذه الحركة عن التشريعات، والبحوث العلمية، والضغوط السياسية، والدفاع عن الحقوق المدنية. وفي ظل حركة الدمج، يتوقع من المعلّمين تحمل مسؤوليات جديدة فيما يتصل بتعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. فمعلم الصف العادي في المدارس التي تنفذ برامج الدمج يلعب دوراً حيوياً في تعليم ذوي الحاجات الخاصة.

ذروة الدمج هو الدمج الشامل والذي يعني تعليم الطالب المعوق في المدرسة التي كان سيدرس فيها لو لم يكن لديه إعاقة.

وقد ارتبط مصطلح الدمج بمصطلح البيئة الأقل تقييداً، الذي يقوم على امكانية تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية في أوضاع تعليمية مختلفة من أهمها الصف الخاص وغرفة المصادر. وإحدى الفوائد المحتملة للدمج هي زيادة قبول الأطفال العاديين لزملائهم ذوي الاحتياجات الخاصة. ولكن هذا الهدف لا يتحقق بمجرد تعليم الأطفال في مكان واحد. فثمة حاجة إلى تنفيذ برامج لزيادة القبول الاجتماعي للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة من قبل أقرانهم الطلبة العاديين.

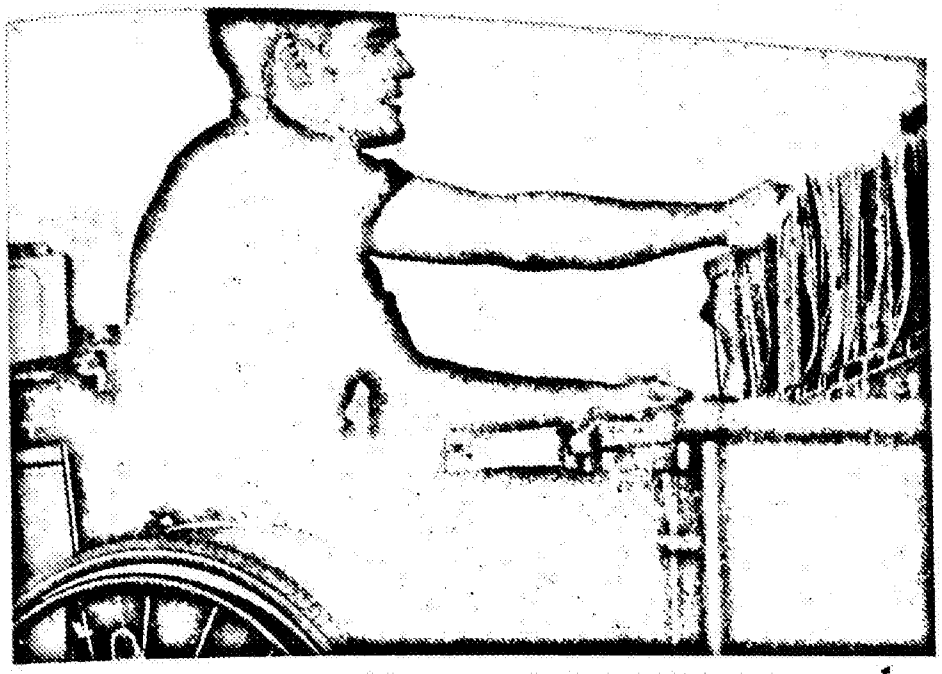
Scanned by CamScanner

الاتجاهات نحو الأشخاص ذوي الإعاقة
(Attitudes Toward Persons with Disabilities)

بالرغم من أن تغيرات ملحوظة طرأت على اتجاهات بعض المجتمعات نحو الأشخاص ذوي الإعاقة، لا تزال مجتمعات أخرى تتبنى اتجاهات سلبية ولا تتوقع الكثير من الأشخاص المعوقين. وفي كل الأحوال، تبقى الحاجة كبيرة لتنفيذ برامج للتوعية وتطوير الاتجاهات الإيجابية والواقعية. ومن الأساليب التي يمكن استخدامها لتحقيق ذلك (Lee & Rodda, 1994):

- البرامج التعليمية/التربوية: وفيها يتم تقديم معلومات للأشخاص غير المعوقين عن الإعاقة وعن الأفراد المعوقين. وتستند هذه الطريقة إلى افتراض مؤداه أن توفير المعلومات الصحيحة يقود إلى اتجاهات أكثر واقعية وإيجابية.
- تفاعل الأشخاص غير المعوقين مع الاشخاص المعوقين: وتستند هذه الطريقة في تعديل الاتجاهات إلى افتراض مفاده أن الاختلاط مع الأشخاص المعوقين سيقود في النهاية إلى خفض مستوى التوتر الذي يشعر به الأشخاص غير المعوقين بوجود الأشخاص المعوقين.
- محاكاة الإعاقة: وفي هذه الطريقة، يوضع الأشخاص غير المعوقين في مواقف تجعلهم يمرون بخبرات كتلك التي يمر بها الأشخاص المعوقون. والافتراض الذي تستند إليه هذه الطريقة هو أن الأشخاص الذين يتبصرون الخبرات التي يعيشها الأشخاص المعوقون سيتفهمونهم ويتقبلوهم بشكل أفضل.

Scanned by CamScanner



إن كثيراً من معتقداتنا الثقافية الشائعة عن الإعاقة معوِقة بحد ذاتها. واتجاهاتنا نحو الأشخاص ذوي الإعاقة لها تأثير كبير على خبراتهم ونظراتهم لأنفسهم. فلنتوقف عن النظر للشخص الذي لديه إعاقة كمأساة شخصية أو كجسم عاجز.

التقييم في التربية الخاصة (Special Education Assessment)

يلعب التقييم دوراً بالغ الأهمية في تطوير خدمات التربية الخاصة، فالتقييم أولاً وقبل كل شئ يقوم بوظيفة مهمة على صعيد المساءلة وهو أيضاً قد يفيد في التخطيط للبرامج وتطويرها، وتحسين الخدمات وتفعليها. ويبين الجدول (1-2) أهم موجهات التقييم في التربية الخاصة.

Scanned by CamScanner

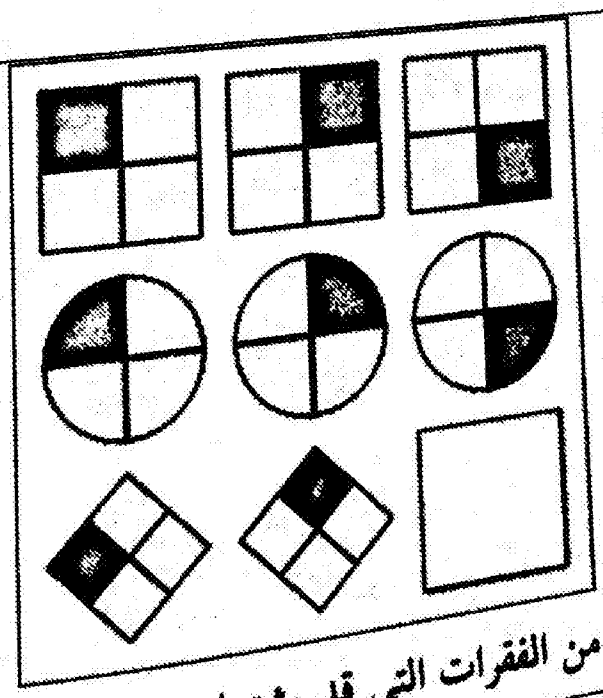
الجدول (1-2): موجهات التقييم في التربية الخاصة

1. استخدام الاختبارات وأدوات التقييم التي تتمتع بالصدق (تقيس الأشياء التي صممت لقياسها)، وقيام أشخاص مؤهلين بتطبيق هذه الاختبارات والأدوات.
2. الاهتمام بتقييم الحاجات التربوية بأبعادها ومجالاتها المختلفة وعدم اقتصار التقييم على تحديد درجة الذكاء فقط.
3. التأكد من أن الاختبارات وأدوات التقييم المستخدمة تعكس القابليات الحقيقية والتحصيل الفعلي للطالب وليس الضعف الحسي (السمعي والبصري) أو اللغوي أو الحركي الذي يعاني منه.
4. عدم الاكتفاء باستخدام اختبار واحد مهما كان نوعه لتطوير البرنامج التربوي الفردي للطالب.
5. قيام عدة متخصصين ذوي خبرة بتقييم مستوى الأداء الراهن للطالب.
6. تقييم كافة مجالات الأداء المرتبطة بإعاقة الطالب بما فيها القدرات السمعية والبصرية، والاجتماعية والانفعالية، والعقلية، والتواصلية، والحركية، والوضع الصحي، والتحصيل الأكاديمي.
7. من الأهمية بمكان أن تكون هناك علاقة قوية بين تقييم مستوى الأداء الحالي والأهداف المنشودة والخدمات اللازمة التي يتضمنها البرنامج التربوي الفردي للطالب.

وتستخدم أدوات مختلفة في عمليات التقييم في التربية الخاصة (الخطيب والحديدي، 2011). ومن هذه الأدوات الاختبارات، والاختبار (Test) هو أداة لجمع المعلومات من خلال دراسة عينة من الأداء أو السلوك تمثل المجال المراد قياسه

Scanned by CamScanner

وتقييمه. والاختبار قد يكون فردياً أو جمعياً، وقد يتم بناؤه لقياس القدرات العقلية (الذكاء)، أو التحصيل، أو الشخصية، أو الاتجاهات، أو التكيف الانفعالي، أو مفهوم الذات، الخ. ومن حيث المبدأ، فإن الاختبارات المستخدمة لجمع المعلومات وتفسيرها تنقسم إلى نوعين أساسيين هما: اختبارات محكية المرجع، واختبارات معيارية المرجع. في الاختبار محكي المرجع (Criterion Referenced Test) يتم اصدار الأحكام على أداء الطالب على ضوء سلوكيات أو مهارات محدّدة يقوم بإظهارها. وهذا الاختبار لا يركز على مقارنة أداء الطالب بأداء الطلبة الأخرين وإنما بالحكم عليه في ضوء معايير إتقان محددة. وفي الاختبار معياري المرجع (Norm Referenced Test) تتم مقارنة أداء الطالب بأداء الطلبة الآخرين. ويستند هذا الاختبار إلى استخدام أدوات مقننة. والاختبار المقنن هو اخبار يتم تطويره بتطبيقه على مجموعة كبيرة من الأفراد واشتقاق درجات تمثل الأداء المتوسط. وعند استخدام هذا الاختبار لتقييم شخص ما فإن أداءه يقارن بالأداء المتوسط للأشخاص الآخرين من نفس العمر. ومن أكثر الاختبارات معيارية المرجع استخداماً اختبارات القابلية (اختبارات الذكاء الفردية والجمعية المقننة) واختبارات التحصيل.



مثال على فقرة من الفقرات التي قد يشتمل عليها اختبار للذكاء

Scanned by CamScanner

وفي الاستبانة (Questionnaire) تقدم الأسئلة كتابياً، وقد تتعلق تلك الأسئلة بالحقائق أو المشاعر والأفكار. وقد يطلب من الشخص المستجيب أن يختار عبارة من عدة عبارات أو أن يشير إلى رقم أو وصف يمثل الاستجابة. وفي المقابلة (Interview) يتم حوار بين شخصين أحدهما يطرح أسئلة بهدف الحصول على المعلومات والثاني يقدّم المعلومات. وقد تكون المقابلة موجهة ومنظمة (مغلقة) بمعنى أن الأسئلة محددة مسبقاً وتطرح نفسها على كل شخص تتم مقابلته. وقد تكون المقابلة غير موجهة (مفتوحة) بمعنى أنها تحدد على ضوء استجابات الشخص الذي تتم مقابلته. وفي كلتا الحالتين يتم طرح الأسئلة شفهياً إما على الشخص المعني بشكل مباشر أو على شخص آخر يعرفه جيداً.

ويمكن استخدام ما يعرف بقوائم التحقق/الشطب (Checklists). وتشمل قائمة التحقق مجموعة من الفقرات أو العبارات التي تصف الأداء أو السلوك ويجاب عن كل منها بنعم أو لا، أو تنطبق أو لا تنطبق، وهكذا. ويمكن للشخص المستهدف نفسه أن يجيب عن الفقرات وإذا كان ذلك متعذراً فيمكن لشخص آخر (المعلّم، ولي الأمر، الخ) الإجابة عنها. أما سلالم التقدير (Rating Scales) فهي تستخدم عندما يكون الهدف معرفة مدى دقة الأداء أو قوته وليس مجرد تحديد حدوثه أو عدم حدوثه. وبعبارة أخرى، فسلم التقدير يشبه قائمة التحقق في أنه يضم مجموعة من الفقرات، ولكن سلم التقدير يهدف إلى تقييم تكرار السلوك أو الأداء أو نوعيته.

ولما كانت بعض الاستجابات الاجتماعية والأكاديمية لا تترك أثراً دائماً يمكن قياسه في وقت لاحق، يجب جمع معلومات عنها أثناء حدوثها مباشرة. ويتم ذلك من خلال الملاحظة المباشرة (Direct Observation). فالمعلّم قد يهتم بتسجيل تكرار أو مدة أو شدة استجابات مثل: الإزعاج اللفظي، والخروج من المقعد، والعدوان، وعشرات الاستجابات التي يتعذر جمع معلومات عنها باستخدام طرق التقييم المعروفة.

Scanned by CamScanner

كذلك تقوم المدارس أو المراكز تقليدياً بجمع معلومات عن المنتفعين من الخدمات وتحفظها في سجلات وملفات (Records). وبالمثل، تقوم المديريات والدوائر المحلية والوطنية بجمع المعلومات مما يوفر مصدر معلومات آخر يمكن الإفادة منه في التخطيط والتقييم. ومثل تلك المعلومات ضرورية لدراسة المتغيرات ذات العلاقة بكل من البرامج والطلبة فهي توفر معلومات عن أعداد المنتفعين، وفئاتهم، ونتائج تعليمهم ومعلومات عن عناصر الخدمة المختلفة المقدمة لهم وعن خصائص العاملين في البرامج وغير ذلك من المعلومات المهمة والمفيدة.

إستراتيجيات التدريس في التربية الخاصة
(Instructional Methods in Special Education)

تتباين حاجات وقدرات الطلبة ذوو الاحتياجات الخاصة بشكل واسع. وليس هناك استراتيجية تعليمية واحدة أو طريقة تدريبية واحدة تصلح للاستخدام لتطوير كل المهارات اللازمة أو لمعالجة كل المشكلات التي تتم مواجهتها. والتدريس الفعال هو التدريس الذي يحقق المخرجات التعليمية المقصودة. فالتدريس الفعال هو تدريس هادف ويؤدي إلى الانجاز (الخطيب والحديدي، 2011). وما لم يحقق الطالب الأهداف المرجوة، فلا يمكن القول أن التدريس كان فعالاً. وبوجه عام، ثمة إجماع على أن المعلّمين الفعالين يتمتعون بمهارات ومعارف خاصة من أهمها:

أ. امتلاك المعرفة النظرية الكافية فيما يتعلق بالتعلم والسلوك الإنساني، وينبغي أن تكون تلك المعرفة منبثقة عن البحث العلمي. أما المعرفة المستندة إلى البديهة والمعتقدات الشائعة فقد تقود إلى إساءة تفسير الأحداث في غرفة الصف.

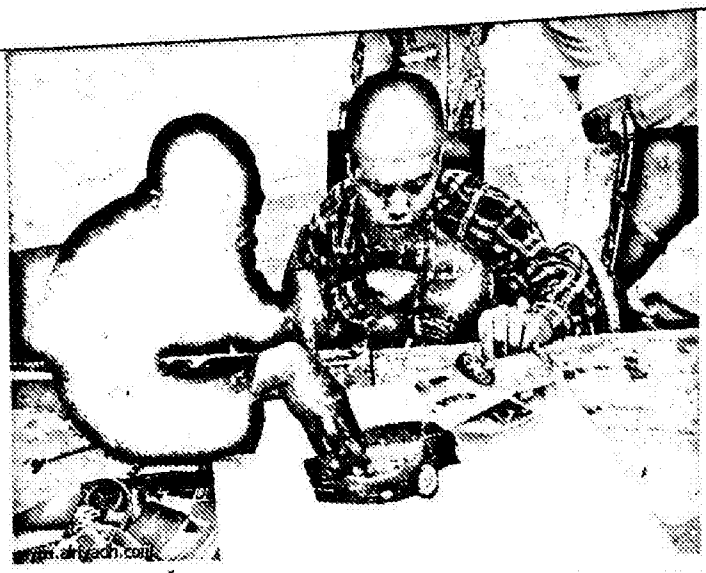
ب. إظهار الاتجاهات التي تيسّر التعلم والعلاقات الانسانية الأصيلة. فنوعية التعليم تتأثر باتجاهات المعلّمين نحو أنفسهم، ونحو طلبتهم، ونحو زملائهم وأولياء الأمور، ونحو المواضيع الدراسية.

Scanned by CamScanner

ج. امتلاك المعرفة الكافية في ما يتعلق بالموضوع الذي يتم تدريسه. ولا تكفي الدراسة قبل الخدمة في هذا الصدد فالمطلوب هو تقديم المحتوى التدريسي على نحو يراعي الحاجات والقدرات المتباينة لدى الطلبة.

د. امتلاك المهارات التدريسية الفعالة والقدرة على وضع تلك المهارات موضع التنفيذ.

هـ معرفة وفهم ظروف العمل، ويتضمن ذلك معتقدات المعلّم وأنماطه الشخصية التي تمكّنه من القيام بعمله، وحل الصراعات، وخفض التوترات والضغوط في العمل.



التربية الخاصة هي تدريس مصمم خصيصاً لتلبية الاحتياجات الفردية للطالب.

والتدريس الفعال عملية تتضمن أربعة عناصر رئيسية، وكل عنصر من هذه العناصر يتم تنفيذه تبعاً لجملة من المبادئ. ويمكن وصف تلك العناصر والمبادئ كما يلي:

1. التخطيط للتدريس: هو عنصر مهم من عناصر العملية التعليمية والقرارات التي يتم اتخاذها عند التخطيط للتدريس تتعلق بما يلي:

- ما سيتم تدريسه
- كيف سينفذ التدريس
- التوقعات من الطلبة

Scanned by CamScanner

2. إدارة التدريس وتنظيمه: البيئة التعليمية الجيدة هي بيئة منظمة تحكمها قواعد وتعليمات واضحة. ومبادئ الإدارة الفعالة للتدريس هي:
   - إدارة الوقت الصفي بشكل فعال
   - توفير بيئة صفية إيجابية
3. تنفيذ التدريس: يتطلب التدريس الفعال أيضا التفكير بأفضل الطرق لتنفيذ التدريس في غرفة الصف. ويشمل تنفيذ التدريس:
   - تقديم المحتوى التعليمي
   - متابعة تعلم الطلبة
   - تكييف التدريس
4. تقييم التدريس: العنصر الرابع المهم من عناصر التدريس الفعال هو عنصر التقييم. فالمعلّمون بحاجة إلى أن يعرفوا مدى فاعلية التدريس الذي يقدمونه لطلبتهم. ويتضمن هذا العنصر:
   - متابعة وتقييم استيعاب الطلبة
   - متابعة وقت التعلم الأكاديمي النشط
   - حفظ سجلات حول تقدم الطلبة
   - إبلاغ الطلبة بالتقدم الذي يحرزونه
   - توظيف المعلومات في اتخاذ القرارات

البرنامج التربوي الفردي (Individualized Education Program)

في ميدان التربية الخاصة يتم تصميم برنامج تربوي فردي لكل طالب. فتفريد التعليم أحد الخصائص المركزية المميزة لهذا الميدان. والتربية الخاصة هي تدريس مصمم خصيصا لتلبية الحاجات الخاصة للطلبة المعوقين، حيث أن البرامج التربوية التقليدية في الصفوف العادية لا تستطيع تلبية حاجاتهم (الخطيب والحديدي، 2011). والبرنامج التربوي الفردي هو خطة مكتوبة تحدد الخدمات التي سيتم

Scanned by CamScanner

تقديمها للطالب ذي الحاجات الخاصة. وبذلك فالبرنامج التربوي الفردي يعمل بمثابة الأداة الرئيسية التي تضمن حصول كل طالب على خدمات التربية الخاصة والخدمات الداعمة اللازمة لتلبية حاجاته الفردية. ويحتوي البرنامج التربوي الفردي على ما يلي:

1. مستوى الأداء التربوي الحالي للطالب: إن تقييم مستوى الأداء الحالي للطالب (Present Level of Performance) هو القاعدة التي تنبثق عنها البرامج التربوية الفردية. فبما أن البرنامج التربوي الفردي يشكل الأداة الرئيسية لتنظيم الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساندة اللازمة لتلبية الحاجات الفردية للطالب، فمن الواضح أن الأمر يتطلب تحديد تلك الحاجات بشكل موضوعي وشامل من خلال تقييم أوجه القوة وأوجه الحاجة في جميع مجالات النمو.
2. الأهداف السنوية: الأهداف السنوية التي تعرف أيضاً بالأهداف طويلة المدى (Long-Term Objectives) هي عنصر هام من عناصر البرنامج التربوي الفردي. ويقصد بالهدف السنوي ما يتوقع من الطالب أن يكتسبه مع نهاية العام الدراسي. وتتميز الأهداف السنوية بأنها ذات صياغة عامة نسبياً. وغالباً ما يتم اختيار (3-5) أهداف سنوية ضمن كل مجال من المجالات التطورية أو الأكاديمية. وتستند عملية الاختيار هذه بالضرورة إلى تحليل موضوعي ومعمق لمستوى الأداء الحالي للطالب.
3. الأهداف قصيرة المدى (Short-Term Objectives) مصاغة على هيئة أهداف تعليمية تشكل خطوات انتقالية من مستوى الأداء الحالي إلى مستوى الأداء المنشود لتحقيق الأهداف السنوية مع نهاية العام. فحتى تكون الأهداف السنوية مفيدة على صعيد تحديد الأنشطة والوسائل التعليمية يجب تحليلها إلى أهداف فرعية. وتسمى هذه الأهداف الفرعية التي تعمل على توجيه انتقال الطالب من مستوى الأداء الحالي إلى الأهداف السنوية بالأهداف قصيرة المدى. وتتميز الأهداف قصيرة المدى بأنها تصاغ بعبارات دقيقة وقابلة للقياس بشكل مباشر وبذلك فهي اكثر وضوحاً وتحديداً من الأهداف السنوية. وقد تكون الأهداف قصيرة المدى فصلية، أو شهرية. وكما أن الأهداف السنوية تجزأ إلى أهداف

Scanned by CamScanner

قصيرة المدى، فإن الأهداف قصيرة المدى تجزأ إلى أهداف سلوكية (Behavioral Objectives). وتشمل الأهداف السلوكية ثلاثة عناصر هي: الأداء القابل للقياس المباشر، والظروف (المكان والزمان المناسبين لحدوث السلوك، أو الأدوات والمواد التي سيستعين بها الطالب لتأدية السلوك، أو طريقة تقديم المعلومات اللازمة لحث الطالب على تأدية السلوك)، والمعايير (المحكات التي تستخدم لتحديد مستوى الأداء المقبول. وهي قد تتضمن تحديد سرعة الأداء، أو مستوى دقة الأداء، أو نوعية الأداء، أو عدد المرات التي يجب أن يظهر فيها السلوك).

4. خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة التي سيتم تقديمها للطالب.
5. مدى مشاركة الطالب في البرنامج التربوي العام المقدم في الصف العادي.
6. التاريخ المتوقع للبدء بتقديم الخدمات والانتهاء من تقديم تلك الخدمات.
7. المعايير الموضوعية والإجراءات التقييمية ومواعيد تنفيذها للحكم على مدى تحقيق الطالب للأهداف المنشودة.

يجب إعداد برنامج تربوي فردي لكل طالب تقدّم له خدمات التربية الخاصة

ومن أجل تنفيذ البرنامج التربوي الفردي يتم تطوير خطة تعليمية فردية. وتشتمل الخطة التعليمية الفردية (Individualized Instructional Plan) على ترجمة الأهداف قصيرة المدى إلى أهداف سلوكية أدائية وتجزئة هذه الأهداف عند الحاجة باستخدام أسلوب تحليل المهمة. إضافة إلى الأهداف السلوكية، تتضمن الخطة

Scanned by CamScanner

التعليمية الفردية تحديد طرق التدريس وأدواته. ولأن الخطة التعليمية الفردية تركز على أهداف تعليمية محددة، فهي تتطلب بالضرورة تحديد الخطوات الانتقالية الفرعية. وما يعنيه ذلك هو ضرورة تجزئة وتحليل الأهداف التي تشتمل عليها البرنامج التربوية الفردي. وتسمى عملية تجزئة الهدف إلى العناصر الفرعية التي يتكون منها عملية تحليل المهمة (Task Analysis) . وقد يشتمل تحليل المهمة أيضاً على تحديد المهارات السابقة اللازمة لتحقيق الهدف. ومثل هذه العملية ضرورية لتطوير خطط تعليمية متسلسلة تنفذ يومياً أو أسبوعياً. ويمكن تجزئة معظم المهمات التعليمية إلى خطوات فرعية أو جزئية متسلسلة.

وينبغي على المعلّمين تطوير خطط للدروس (Lesson Plans) سعياً نحو تحقيق الأهداف قصيرة المدى والأهداف طويلة المدى المحددة في البرنامج التربوي الفردي. فبعد تحديد الوحدات التعليمية في مجالات المنهج المختلفة، يتم تطوير سلسلة من الدروس المتتالية. والوحدة التعليمية الواحدة تتناول موضوعاً واسعاً نسبياً تتطلب تغطيته تنفيذ عدة دروس على مدى عدة أيام أو عدة أسابيع. وتتضمن الوحدات التعليمية وخطة الدرس على حد سواء الأجزاء الخمسة التالية:

1. الهدف التعليمي: حيث تبدأ خطة الدرس بصياغة الهدف المنشود (ما يتوقع من الطلبة أن يتعلموه) بدقة ووضوح.
2. وصف المحتوى: ويشكل المحتوى الرئيسي الجزء الثاني في خطة الدرس. وقد يتمثل المحتوى في المفاهيم التي سيتم تعلمها، أو الأساليب التي سيتم استخدامها، أو الحقائق التي ينبغي تذكرها.
3. الأدوات التعليمية فحرصاً على تنفيذ الدرس بشكل جيد، يجب على المعلّم تحديد الأدوات والمواد التي سيستخدمها مسبقاً.
4. مجموعة الإجراءات: ويتمثل الجزء الرابع في خطة الدرس بمجموعة الأنشطة، وبالتوجيهات والأسئلة المرتبطة بكل نشاط.

Scanned by CamScanner

5. التقييم: الجزء الخامس في خطة الدرس هو الجزء المتعلق بالطرق التي سيستخدمها المعلّم لتقييم تعلم الطلبة وتحصيلهم (اختبارات، تعيينات دراسية، أجوبة شفهية، الخ).

تحديات التربية الخاصة في الدول العربية

المفاهيم والمصطلحات والتعريفات

ما زال اعتماد تعريفات وتصنيفات إجرائية لفئات الإعاقة ومستوياتها يشكل تحدياً كبيراً. فما يتوفر ليس أكثر من تعريفات منقولة دون تكييف عن مراجع أجنبية. ولا تتضمن قوانين التربية والتعليم ولا قوانين الأشخاص ذوي الإعاقة تعريفات موحدة واضحة للإعاقة، أو للتربية الخاصة والتأهيل والخدمات الداعمة.

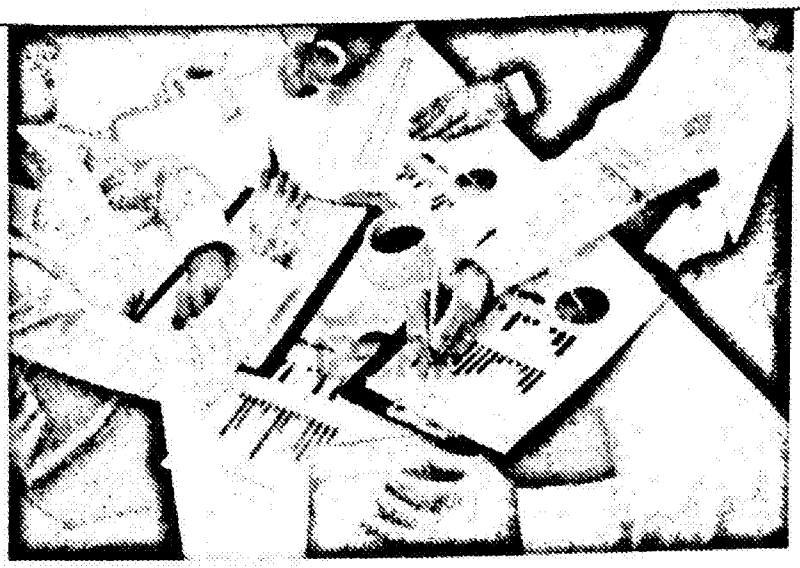
الاتجاهات والقناعات

ما زال الأشخاص ذوو الإعاقة في المجتمعات العربية غير مقبولين اجتماعياً؛ وما زالت هذه المجتمعات تعتبرهم عبئا ثقيلاً عليها. والتحسن في الاتجاهات نحوهم حدث في المقالات والدراسات أكثر مما حدث في الواقع. فالتوقعات ما زالت متدنية من هؤلاء الأشخاص.

البيانات والمعلومات

هناك نقص وتناقض كبيران في المعلومات. وغياب المعلومات الدقيقة والموثوقة حول نسبة انتشار الإعاقة بفئاتها المختلفة في الدول العربية ينطوي على صعوبات جمة على مستوى رسم السياسات وتحديد الأولويات. وبالمثل، لا تتوفر بيانات حديثة وموثوقة عن أعداد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تقدم لهم خدمات التربية الخاصة والتأهيل في الأوضاع العامة والخاصة المختلفة.

Scanned by CamScanner



ما تزال الدول العربية تواجه مشكلة كبيرة جداً في توفير بيانات دقيقة وحديثة عن الإعاقات في المجتمعات المحلية.

القوانين والأنظمة والتعليمات

أظهرت الدول العربية في العقود القليلة الماضية مزيداً من الاهتمام بوضع قوانين لتنظيم عمليات التربية الخاصة والتأهيل. لكن المواد القانونية لا تحدّد بوضوح نوع التدابير، أو تنظيمها، أو محتواها. وبوجود البنود القانونية العامة والهلامية غير القابلة للتحقق عملياً يبقى الأمر متروكًا لحسن النوايا وبالتالي غياب آليات المتابعة والمحاسبة.

التعرف والتشخيص والتقويم

ما زال التقييم النفسي/التربوي والتطوري للأطفال ذوي الإعاقة في الدول العربية ينطوي على تحديات كبيرة ويفتقر إلى المصداقية في حالات غير قليلة.

المناهج التعليمية والتدريبية

ما زالت التربية الخاصة العربية تفتقر إلى أحد أهم أركانها، ألا وهي المناهج التعليمية والتدريبية.

Scanned by CamScanner

ما زال الممارسون وصانعو السياسات والباحثون يسهمون بشكل غير متعمد في كثير من الممارسات التربوية القائمة على العُرف والسطحية. وما نحتاج إليه هو إصلاح نظم التربية الخاصة والتأهيل. ولا تتوفر في معظم الدول العربية لوائح تحدد مسؤوليات المستويات المختلفة في ميدان التربية الخاصة. فنادراً ما تستخدم بطاقات الوصف الوظيفي والتصنيف لكل موقع في الهيكل التنظيمي، والذي يتضمن الرتبة الوظيفية، والأهداف والواجبات والمسؤوليات، والمتطلبات اللازمة لهذا المنصب. والنماذج الحالية لعملية صنع القرار في التربية الخاصة هي من أعلى إلى أسفل.

الدمج

الدمج التقليدي والدمج الشامل موجودان في المؤلفات والندوات أكثر من الممارسات الميدانية في الدول العربية. ما لدينا عملياً هو "تكامل" بصورته التي كانت شائعة في الدول المتقدمة قبل سبعينيات القرن الماضي. ومن المبررات التي يتم تقديمها لعدم تنفيذ الدمج الحديث: حجم الصف، والمعيقات في العديد من المباني المدرسية، واتجاهات المعلّمين والطلبة وأولياء الأمور، وغير ذلك.

إعداد المعلمين

تحرص دول العالم حالياً على تقديم برامج جامعية لإعداد معلمي التربية الخاصة. وفي حين أن بعض الجامعات العربية شهدت توسعاً مفرطاً وغير صحي في برامج التربية الخاصة بما فيها برامج الماجستير والدكتوراه، فان جامعات عربية أخرى لم تطرح بعد أية برامج في التربية الخاصة. وبوجه عام، لا تتوافق برامج تدريب المعلّمين والتوجهات العالمية الحديثة المتمثلة في العمل التعاوني بين المعلّمين، واعتماد نظم وطنية لمزاولة مهنتي التربية الخاصة، وتطوير وتنفيذ برامج نوعية لإعداد الكوادر الفنية المساندة للتربية الخاصة.

Scanned by CamScanner

قبل عقدين من الزمن، كان تدريب معلمي التربية الخاصة في الدول العربية يتم أثناء العمل (أي بعد التعيين في مؤسسات ومدارس التربية الخاصة) إذ لم تكن الجامعات تطرح برامج في التربية الخاصة.

معايير الممارسة

وضعت عدة دول عربية معايير مهنية وطنية للمعلم العادي وهي تنطبق على جميع المعلّمين. لكن هذه المعايير في معظم الدول العربية لم يتم تطويرها وتكييفها في مجال التربية الخاصة للطلاب ذوي الإعاقة.

التكنولوجيا

لم تستثمر الدول العربية التكنولوجيا بشكل فعال في التربية الخاصة والتأهيل. فنحن لم نقم بعد بتطوير مستوى الثقافة الحاسوبية والتكنولوجية للعاملين في التربية الخاصة والتأهيل سواء في برامج التدريب قبل الخدمة أو التدريب أثناء الخدمة.

العلاقات مع الأسر

لا تتناول قوانين التربية الخاصة في الدول العربية ولا تعكس ممارساتها حالياً أدوار آباء الأطفال ذوي الإعاقة. فالمشاركة الوالدية ما زالت في حدودها الدنيا وهي مرهونة بحسن نوايا المتخصصين أو أولياء الأمور.

Scanned by CamScanner

البحث العلمي والنشر

تعاني البحوث العربية في التربية الخاصة والتأهيل من جملة أخطاء منهجية تحد من فائدة البحوث وتضع قيوداً على امكانية توظيفها في الميدان. ومن حيث علاقة البحث العلمي بالممارسة الميدانية، فهي علاقة ضعيفة. وعلى مستوى التأليف في مجال التربية الخاصة في الدول العربية، فإن بعض الكتب الحديثة قد تكون نقمة أكثر مما هي نعمة. فكثير منها لا يستحق ثمن الأوراق التي استهلكت في انتاجها.

التعليم المستند إلى نتائج البحث العلمي

يزيد التدريس المستند إلى الأدلة العلمية من فرص تلقي الطلبة ذوي الإعاقات تعليماً ذا نوعية راقية يساعدهم على تحقيق تقدم أفضل في وقت أقل. لكن البحث في واد والممارسة في وادٍ آخر في الدول العربية.

تمويل برامج التربية الخاصة والتأهيل

لا توجد صيغ واضحة تستخدم للحصول على تمويل للتربية الخاصة والتأهيل. وبوجه عام، فإن برامج التربية الخاصة تمول بمبالغ قليلة جداً مقارنة بالبرامج الأخرى. ولعل ذلك يعكس عدم تفهم اقتصاديات التربية والتأهيل وبالتالي عدم القناعة بجدوى هذه البرامج وكأن الأموال التي تنفق عليها أموال ضائعة.

Scanned by CamScanner

المراجع

الخطيب، جمال (2011). مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية. دار الشروق، عمان: الأردن.

الخطيب، جمال، والحديدي، منى (2011). مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة. دار الفكر، عمان: الأردن.

الخطيب، جمال والحديدي، منى (2010). مدخل إلى التربية الخاصة. دار الفكر، عمان: الأردن.

Lee, T., & Rodda, M. (1994). Modification of attitudes toward people with disabilities. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 7(4), 229–238.

Salvia, J., & Ysseldyke, J. (2001). *Assessment in special and remedial education* (8th ed.). Boston: Houghton – Mifflin.

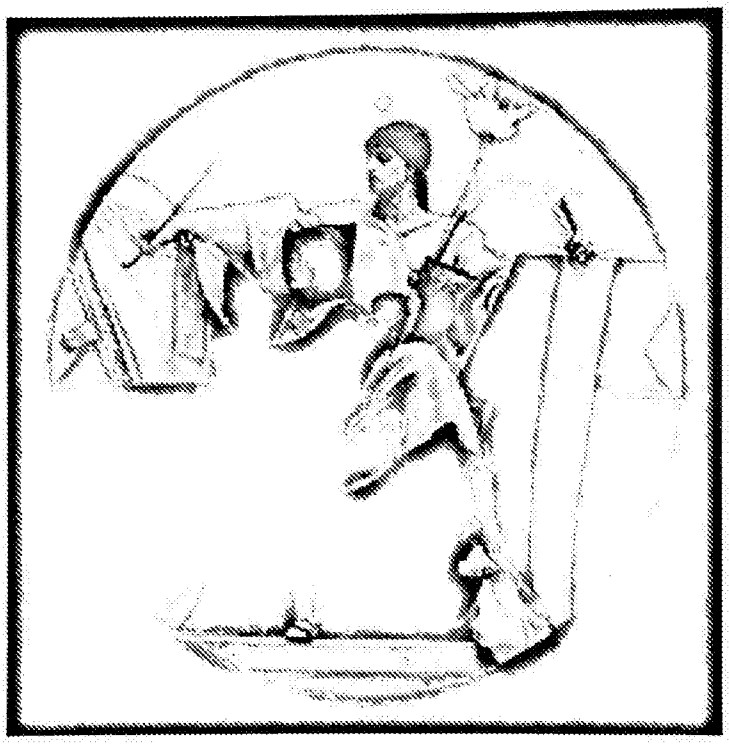
Wagner, M., & Blackorby, J. (2002). *Disability profiles of elementary and middle school students with disabilities*. Office of Special Education Programs: U.S. Department of Education.

World Health Organization (2011). *World report on disability*.

Scanned by CamScanner

الفصل الثاني

الأسس التاريخية للتربية الخاصة



Scanned by CamScanner

مقدمة

على الرغم من أن التربية الخاصة حديثة نسبياً إلا أن الأشخاص المعوقين كانوا موجودين في كل الحقب الزمنية وفي كل المجتمعات البشرية. ويعكس تاريخ التربية الخاصة المفاهيم والقناعات، والاتجاهات، والأوضاع الاقتصادية، ومستوى التطور العلمي للمجتمعات الإنسانية في الحقب الزمنية المختلفة. فعند الإغريق والرومان، كانت الإعاقة نذير شؤم لأنها كانت بالنسبة لهم عقاباً إلهياً. وقد نادى أرسطو (Aristotle) وبلاتو (Plato) بقتل الأطفال المعوقين. وطالب بعض القادة العسكريين في تلك العصور بالتطهير العرقي والتخلص من الأفراد المعوقين. وكان نتيجة ذلك قتل الأشخاص المعوقين برميهم من على التلال، أو ربطهم بسلاسل، الخ. وكان من حق ولي الأمر أن يتخلص من طفله المعوق بالطريقة التي كان يراها مناسبة.

على مدى قرون طويلة كان الأشخاص المعوقون يتعرضون لأصناف شتى من سوء الفهم وسوء المعاملة

ومع ظهور الأديان السماوية بدأت الصورة تتغير تدريجياً. لكن الشخص المعوق ظل يعامل عند اليهود بوصفه دنساً، ومنع من الاقتراب من أماكن العبادة. ولم يعد ينظر للإعاقة في الدين المسيحي بوصفها عقاباً فالأشخاص المعوقون يحتاجون للمساعدة والدعم وقد ساعد المسيح عليه السلام هؤلاء الأشخاص. وشجع الدين الإسلامي الحنيف على رعاية الأشخاص الضعاف في المجتمع بمن فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة.

Scanned by CamScanner

ويمكن القول بأن تاريخ التربية الخاصة تطور على أربعة مراحل كما يلي (Safford, 1996):

1. في المرحلة الأولى تم التركيز عل تعليم الطلبة ذوي الإعاقات الحسية (السمعية والبصرية). أما الطلبة ذوو الإعاقات أخرى فقد كانوا محرومين من التعليم في المدارس.
2. في المرحلة الثانية تطور الاهتمام برعاية الأشخاص المعوقين من خلال الرعاية الطبية والتأهيل. وقد كان هؤلاء الأشخاص يعزلون ضمن مجموعات متجانسة في مؤسسات خاصة.
3. في المرحلة الثالثة ظهرت مبادئ التطبيع والدمج بصورهما الأولية.
4. في المرحلة الرابعة سادت مفاهيم المساواة في التعليم ومفاهيم الدمج الشامل.

بيدرو بونسي دي ليون: أسس أول مدرسة في التاريخ لتعليم الصم. ركز على تعليم الأطفال الصم الكلام، والقراءة، والكتابة. يعتقد أنه طور نظاماً للأبجدية اليدوية.

وقد ارتبطت التربية الخاصة تاريخياً ببعض الأسماء من أهمها الأسماء الواردة في الجدول (2-1).

Scanned by CamScanner

الجدول (2-1): بعض الأسماء المهمة في تاريخ التربية الخاصة

1. بيدرو بونسي دي ليون (Pedro Ponce de Léon) الاسباني الذي يعدّ أول معلم للصم في التاريخ (ولد عام 1520 وتوفي عام 1584).
2. شارلز ميشل لاايبي (Charles Michel L'Epee) الفرنسي الذي أسس أول مدرسة لتعليم المعوقين (ولد عام 1712 وتوفي عام 1789).
3. جان مارك ايتارد (Jean Marc Itard) الطبيب الفرنسي الذي اشتهر بتدريب طفل غابات الافيرون (ولد عام 1774 وتوفي عام 1838).
4. فالنتين هوي (Valentin Huay) الفرنسي الذي أسس أول مدرسة للمكفوفين في العالم (ولد عام 1745 وتوفي عام 1822).
5. توماس هوبكنز جالوديت (Thomas Gallaudet) الأمريكي الذي أسس أول مدرسة للصم في أمريكا (ولد عام 1787 وتوفي عام 1851).
6. آن سوليفان ميسي (Ann Sullivan Macy) المعلمة الأمريكية التي حققت ما يشبه المعجزات مع هيلين كيلر (Hellen Keller) التي كانت عمياء صماء (ولدت عام 1866 وتوفيت عام 1936).
7. صاموئيل جردلي هاو (Samuel Gridley Howe) الأمريكي الذي عرف بأعماله الريادية في تعليم المكفوفين (ولد عام 1801 وتوفي عام 1876).
8. الكساندر جراهام بيل (Alexander Graham Bell) الأمريكي الذي عرف بأعماله الريادية في علوم السمع والكلام (ولد عام 1847 وتوفي عام 1922).
9. ألفرد بينيه (Alfred Binet) عالم النفس الفرنسي الذي وضع أول اختبار للذكاء في العالم (ولد عام 1857 وتوفي عام 1911).
10. دوروثيا لندي ديكس (Dorothea Lynde Dix) الأمريكية التي كانت من أولى وأقوى المدافعين عن حقوق الأشخاص ذوي الأمراض النفسية والعقلية (ولدت عام 1802 وتوفيت عام 1887).

Scanned by CamScanner

11. لويس بريل (Louis Braille) الفرنسي الذي اخترع نظام بريل للقراءة والكتابة للمكفوفين (ولد عام 1809 وتوفي عام 1852).

12. هيلين كيلر (Hellen Adams Jeller) الأمريكية العمياء الصماء التي حققت انجازات مذهلة ونادرة جداً (ولدت عام 1880 وتوفيت عام 1968).

13. ماريا منتيسوري (Maria Montessuri) الطبيبة والمربية الايطالية التي طورت المنحى التعليمي الذي ما زال يعرف في العالم كله باسمها (ولدت عام 1870 وتوفيت عام 1952).

14. اوفيد دكرولي (Ovide Decroly) الطبيب والمربي البلجيكي الذي أسس أول مدرسة للطلبة ذوي الإعاقات البسيطة في أوروبا (ولد عام 1871 وتوفي عام 1932).

15. ادوارد سيجوين (Edouard Seguin) الطبيب والمربي الفرنسي الذي كان له أعمال ريادية في تعليم الأطفال المعوقين عقلياً في كل من فرنسا والولايات المتحدة (ولد عام 1812 وتوفي عام 1880).

شارلز ميشل لاايبي: مربي فرنسي سمّي بالأب الروحي للصم. درس الحقوق وتحول انتباهه إلى تعليم الصم حيث أسس أول مدرسة للصم وضعاف السمع. كان له دور مهم في تطوير لغة الإشارة والأبجدية الاصبعية.

Scanned by CamScanner

وتعود بدايات التربية الخاصة إلى القرن الثامن عشر. فقبل ذلك الوقت، لم تكن المجتمعات تعير أي انتباه للأشخاص المعوقين وكانت تنظر إليهم كلعنة أو كأشخاص تتملكهم أرواح شريرة.

قبل القرن الثامن عشر، كان الأشخاص المعوقون منبوذون ومهمشون وينظر إليهم كلعنة وكأفراد تتملكهم الأرواح الشريرة

في القرن الثامن عشر، الذي عرف أيضاً بعصر التنوير، بدأت تظهر أفكار وآراء مختلفة وجديدة كان لها دور في تغيير النظرة نحو الأشخاص المعوقين في الحقب الزمنية القادمة.

فالنتاين هوي: التقى في مقتبل عمره بمتسول مكفوف في أحد شوارع باريس وقرر أن يبدأ بتعليمه القراءة والكتابة مستخدما أحرفاً بارزة. أسس أول مدرسة للمكفوفين في فرنس وقد دخل لويس بريل تلك المدرسة كطالب عام 1819. واشتهر بمقالاته عن تعليم المكفوفين وقد تم تأسيس رابطة فرنسية للمكفوفين تحمل اسمه.

Scanned by CamScanner

وفي العصور الوسطى كانت السمة السائدة هي السخرية من الأشخاص المعوقين والاستهزاء بهم وإعاقاتهم. وفي عصر النهضة ظهرت دور الإيواء والرعاية الداخلية. وكانت المعاملة إنسانية لكن لم يتم توفير برامج تعليمية وتأهيلية. ومن ثم شاعت فكرة أن التربية ضرورية للإنسانية. والجميع متساوون فليس هناك إنسان ونصف إنسان. وبدأت المبادرات الإنسانية في تعليم الأشخاص المعوقين وتأهيلهم تتوالى في المجتمعات المختلفة (Blackhurst & Berdine, 1993).

لويس بريل: فقد بصره في سن مبكرة. دخل مدرسة للمكفوفين عندما أصبح في العاشرة من عمره. زار المدرسة التي كان يدرس فيها جندي طوّر نظاماً للقراءة في الظلام يعتمد على نقاط بارزة. قام بريل بالتقاط تلك الفكرة وطور نظاماً للقراءة للمكفوفين أصبح يستخدم في كل دول العالم.

وقد ظل الأشخاص المعوقون يعاملون معاملة قاسية غير إنسانية حتى نهاية القرن التاسع عشر على أقل تقدير حيث كانوا يتعرضون لصنوف شتى من سوء المعاملة. وعند توفر أي برامج لرعايتهم كانوا يوضعون في مؤسسات أو دور رعاية لا يتوفر فيها الحدود الدنيا من التعليم المفيد أو المعاملة الطيبة.

Scanned by CamScanner

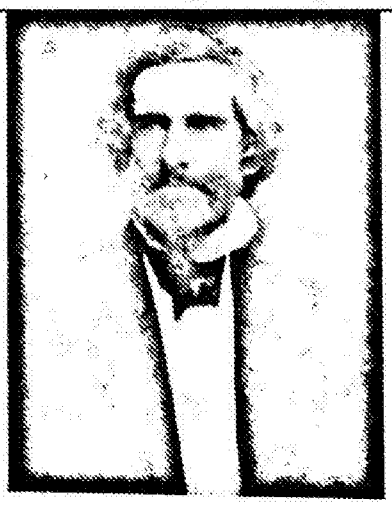
دوروثيا ديكس: ناشطة أمريكية دافعت عن حقوق ذوي الأمراض العقلية والنفسية وأسست أول سلسلة من دور الرعاية لهم. اهتمت بالأطفال الفقراء والمهمشين وبتأليف قصص الأطفال. أسست مدارس وانضمت لجماعات الضغط التي كانت تنادي بتطوير نظم الرعاية الاجتماعية. كانت فعالة جداً في تشجيع الكونجرس الأمريكي على سن قوانين لرعاية ذوي الاضطرابات النفسية وذوي الإعاقات الجسمية والحسية.

وقد دفع الانتباه إلى ظروف اضطهاد وإساءة معاملة الأشخاص المعوقين بعدد من الدول الأوروبية إلى إعادة تقييم دور رعاية ومؤسسات الأشخاص المعوقين. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، كان التغيير بطيئاً في تلك الحقبة الزمنية. وبقيت مدارس التربية الخاصة البديل المقبول بل والمفضل حتى منتصف القرن العشرين (Bateman, 1994). وكان التعليم في تلك المؤسسات متواضعاً للغاية. أما في الدول النامية، فلم يكن هناك مؤسسات حتى في تلك الحقبة وكان على الأشخاص المعوقين في هذه الدول أن ينتظروا سنوات طويلة لتتاح لهم الفرصة للالتحاق بمثل هذه المؤسسات.

Scanned by CamScanner

توماس جالوديت: من رواد تعليم الصم في أمريكا. أسس مع آخرين أول معهد لتعليم الصم. تبنى استخدام لغة الإشارة. قام إبنه ادوارد بتأسيس أول كلية جالوديت للصم في أمريكا وقد أصبحت تلك الكلية جامعة في ما بعد.

وفي مطلع القرن التاسع عشر نادى قادة التغيير الاجتماعي بمعالجة العلل الاجتماع واهتم بعضهم بتحسين الظرف الحياتية للأفراد المهمشين والمحرومين بمن فيهم الأفر المعوقين. ففي ذلك القرن، كان الأشخاص المعوقون في السجون أو في بيوت الفقراء دو أن يتم تزويدهم بما هو ملائم من طعام أو ملبس أو نظافة شخصية. وطوال القرن التاس عشر وحتى بدايات القرن عشرين كان المتخصصون يعتقدون أن مؤسسات الرعا الداخلية في الأماكن النائية هي البديل الأفضل لخدمة أولئك الأشخاص.



صاموئيل هاو: الطبيب الأمريكي الذي تبنى قضية تعليم الأشخاص المكفوفين. قادت جهوده لتأسيس معهد بيركنز الشهير ومدارس ومعاهد أخرى في الولايات المتحدة الأمريكية. ومن الانجازات التي اشتهر بها المطابع المتخصصة بالمكفوفين.

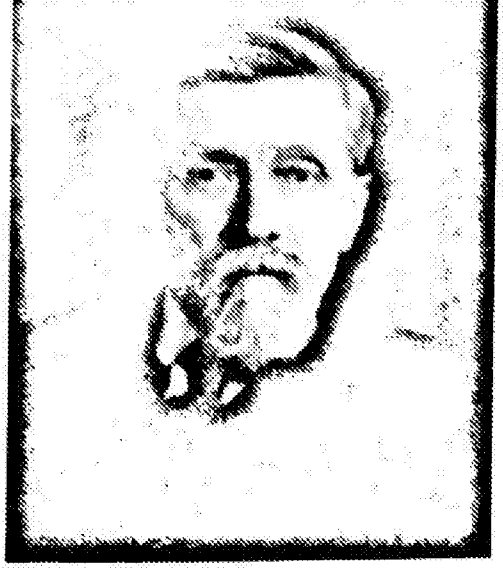
Scanned by CamScanner

وكانت المقارنة في تلك الأيام مع السجون والملاجئ وبيوت الفقراء. وكانت تلك المؤسسات تعنى بفئات محددة من الإعاقة حيث كان هناك مؤسسات للمعوقين عقليا (الذين كانوا يعرفون عندئذ بضعاف العقول وأسماء أخرى) ومؤسسات للمكفوفين، وأخرى للصم. وكان نمط التربية السائد في معظم عقود القرن التاسع عشر التربية الأخلاقية الروحية (Moral Education). وكانت تلك التربية تميل إلى الإنسانية في بعض الحالات وتتضمن أساليب تشبه العلاج الوظيفي والتعزيز الإيجابي والتدريب الروتيني المنظم .

جان ايتارد: طبيب فرنسي اشتهر بطب الأنف، والأذن، والحنجرة. عرف كرائد في تعليم الصم البكم. ومن أشهر أعماله تعليم الطفل فكتور الذي وجد في غابات افيرون في فرنسا. وبالرغم من أن ايتارد لم يكن راضياً عن التقدم الذي حققه فكتور على يديه إلا أن أعماله تعدّ تاريخية بامتياز.

وقد تم التخلي عن نموذج التربية الأخلاقية في السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر للاعتقاد بأن الإعاقات غير قابلة للشفاء. وبذلك أصبحت المؤسسات الداخلية طريقة لعزل الأشخاص المعوقين بدعوى حمايتهم وحماية المجتمعات منهم. وأصبحت تلك المؤسسات ضخمة جداً لا مجال للتأهيل فيها وشهدت أنواعاً مختلفة من إساءة معاملة الأشخاص المعوقين. وبالرغم من أن بعض التربويين انتقدوا ظروف

Scanned by CamScanner



اوفيد دكرولي: بلجيكي متخصص في العلوم التربوية والنفسية. عمل مع الأطفال المعوقين عقلياً في إحدى العيادات النفسية في مدينة براسل. من أهم أعماله تأسيس مدرسة خاصة لتعليم الأطفال ذوي الإعاقات البسيطة في مطلع القرن العشرين. هناك مدرسة حالياً في براسل تحمل اسمه وتستخدم فلسفته في التدريس.

وبعد عقود من البحوث العلمية والتشريعات في دول عدة، أصبحت الخاصة تخدم حالياً أعداداً متزايدة من الطلبة ذوي الإعاقات بمختلف أ ومستوياتها.

Scanned by CamScanner

تتعامل المجتمعات المعاصرة بعدالة أكثر من المجتمعات السابقة. وقد وضعت معظم دول العالم قوانين تمنع التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل، والمعلومات، والسكن، والنقل، وغير ذلك.

ومع بداية القرن العشرين أصبحت المدارس العادية في المدن الكبيرة تفتتح فصولاً خاصة للطلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والاضطرابات السلوكية.

في الولايات المتحدة، فتح الدمج الشامل آفاقاً غير مسبوقة حيث يتلقى ما يزيد عن 90٪ من الطلبة ذوي الإعاقات في الوقت الحالي تعليمهم في المدارس النظامية نصفهم تقريباً يتلقون هذا التعليم في الصفوف العادية.

Scanned by CamScanner

وفي العقدين الأول والثاني من القرن العشرين سنت قوانين التعليم الإلزامي ونقلت أعداد كبيرة من الطلبة المعوقين من المؤسسات الداخلية إلى المدارس العادية. وزاد عدد الصفوف الخاصة زيادة كبيرة بعد الحرب العالمية الثانية. وبحلول عام 1950 أصبح وجود معلمي التربية الخاصة ملموساً في معظم أو كل المدارس الحكومية في أمريكا ومعظم الدول الأوروبية. وبحلول عام 1960 أصبحت التربية الخاصة تتبنى بدائل متنوعة من الأوضاع لخدمة الأشخاص ذوي الإعاقة أو ما عرف بعقد السبعينات بهرم خدمات التربية الخاصة. ومع نهاية عقد الستينات بينت الدراسات العلمية عدم جدوى وفاعلية تعليم الطلبة ذوي الإعاقة في الصفوف الخاصة والمدارس النهارية الخاصة.

آن سوليفان: اشتهرت سوليفان كمعلمة ومرافقة هيلين كيلر. أودعت سوليفان في ملجأ للفقراء وفقدت بصرها وهي في الرابعة عشرة من عمرها. طلب منها وهي في العشرين من عمرها أن تصبح المعلمة الخاصة لهيلين كيلر التي كانت عمياء وصماء وكانت في السادسة من عمرها. وبدأت سوليفان بتعليم كيلر التواصل بتهجئة الكلمات على يديها. ويقال أن كيلر أرهقت سوليفان في الحاحها على معرفة اسم كل شيء في بيئتها. وقد عاشت الاثنتان معاً طوال حياتهما.

Scanned by CamScanner

وأصبح علم النفس الذي كان قد ظهر مع نهاية القرن التاسع عشر كعلم مستقل يتطور وأصبح له امتدادات في مجال التربية من حيث القياس، ودراسة نمو الطفل، وأساليب التدريس، ومعالجة الاضطرابات النفسية. وكان يغلب على علم النفس منحى التحليل النفسي لفرويد. لكن ذلك تغير جوهرياً بعد تطور علم تعديل السلوك الذي استندت إجراءاته إلى مفاهيم ومبادئ النظرية السلوكية، والنظريات المعرفية التي حاولت تحليل السلوك من خلال فهم عمليات التفكير وبخاصة عمليات معالجة المعلومات.

ألفريد بينيه: أخصائي نفسي من فرنسا كان أول من وضع اختبار فردي للذكاء عرف باسم اختبار بينيه للذكاء. وكان هدفه من ذلك الاختبار تحديد الطلبة الذين يحتاجون لمساعدة خاصة للنجاح في المدرسة. قام بتطوير الاختبار بالتعاون مع زميله ثيودور سيمون فأصبح اسم الاختبار اختيار بينيه - سيمون للذكاء. قام لويس تيرمان من جامعة ستانفورد في الولايات المتحدة الأمريكية بتطوير صورة جديدة من ذلك الاختبار أصبحت تعرف منذ ذلك الوقت باسم اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء.

Scanned by CamScanner

ادوارد سيجوين: طبيب فرنسي أسس أول مدرسة خاصة في فرنسا لتعليم الأطفال المعوقين عقلياً. قام بتأليف كتاب عن التعليم الأخلاقي للأطفال المعوقين عقلياً اعتبره المؤرخون أول كتاب من نوعه في الإعاقة العقلية. هاجر إلى أميركا وكان من رواد التربية الخاصة هناك.

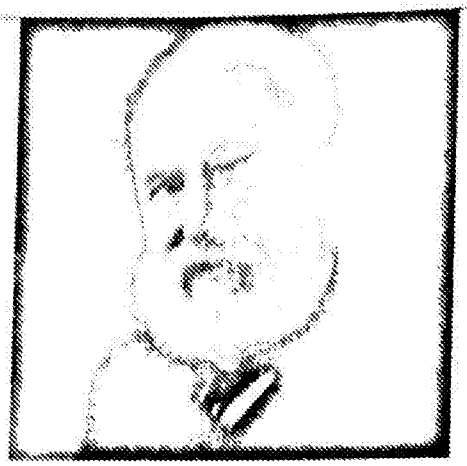
وبقي تعليم الطلبة ذوي الإعاقات حتى ستينيات القرن العشرين قائماً على تدريب العمليات وهو النموذج الذي يحاول تحسين فيها مثل الإدراك السمعي والإدراك البصري، الخ. لكن البحوث العلمية التي أجريت في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين بينت أن تلك الأساليب لم تكن فعالة في تحسين المهارات الأكاديمية (Dorn, Fuchs, & Fuchs, 1996).

Scanned by CamScanner

هيلين كيلر: أول امرأة عمياء صماء تنال درجة البكالوريوس. عرفت بعلاقتها مع معلمتها المتميزة آن سوليفان. اشتهرت كمدافعة عن حقوق أشخاص ذوي الإعاقة وكمؤلفة، وناشطة سياسية، ومحاضرة. وقد شاعت قصة نجاحها في العالم كله.

وبدأ تاريخ التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية ودول أخرى بعد الحرب العالمية الثانية، عندما قام عدد من جماعات الدفاع عن أولياء أمور الأفراد ذوي الإعاقة والمنظمات المهنية المهتمة بهؤلاء الأفراد تظهر على السطح من خلال مطالباتها، ومؤتمراتها، ومنشوراتها (Winzer, 1993). وكانت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (التي تعرف اليوم بالجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية) واحدة من أولى المنظمات المهنية التي بذلت جهوداً حثيثة لدفع التربية الخاصة للأمام. وفي بداية الخمسينيات من القرن الماضي، عملت حركة الحقوق المدنية على تغذية مجموعة أخرى من المنظمات المهنية مثل الرابطة الموحدة للشلل الدماغي، ومنظمة الوهن العضلي، ومنظمات أخرى. وفي عقد الستينات تزايدت الفرص المتاحة للأطفال المعوقين للتعلم في المدارس العادية على المستويين المحلي والوطني.

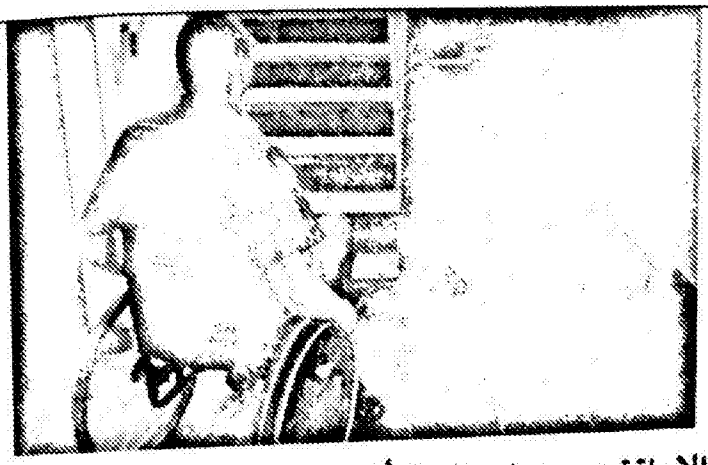
Scanned by CamScanner



الكساندر جراهام بيل: تأثر مجرى حياته بأفراد أسرته الذين كانوا متخصصين بفن الكلام والخطابة وبزوجته وأمه اللتين كان لديهما صمم. كان أول من حصل على براءة اختراع في الولايات المتحدة لاختراعه هاتفاً عملياً. اشتهر أيضاً بإنجازاته في حقل الاتصالات.

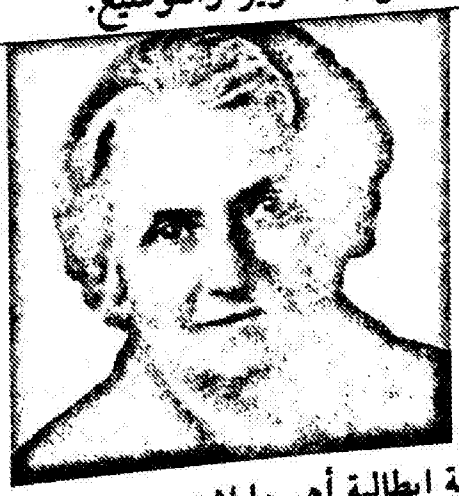
وكانت هذه الجهود المبكرة بمثابة الجذور الصلبة للمفاهيم والبرامج المعاصرة الأكثر تطوراً وتقدماً والتي توجت في عام 1975 بقانون تعليم جميع الأطفال المعوقين المعروف بالقانون رقم (94-142). وكان القصد من هذا القانون هو حماية حقوق الأطفال الصغار والأطفال والشباب المعوقين وعائلاتهم، وتلبية احتياجاتهم الفردية، وتحسين مخرجات البرامج والخدمات المقدمة لهم. وقد أثبت التاريخ أن القانون العام رقم (94-142) كان بمثابة حجر الزاوية للتربية الخاصة، حيث فرض هذا القانون على المدارس الحكومية تقديم تربية مجانية ومناسبة في المدارس الحكومية للطلبة ذوي الإعاقات المختلفة بما فيها: الإعاقات الجسمية، والإعاقات العقلية، وصعوبات التعلّم، والإعاقات البصرية والسمعية، والاضطرابات السلوكية، والاضطرابات التواصلية. كذلك فرض هذا القانون تعليم هؤلاء الطلبة في أقل البيئات التعليمية تقييداً أو انعزالاً عن التربية العامة (Kauffman, 1981).

Scanned by CamScanner



لعل الإعاقة توجد في البيئة أكثر مما توجد في الإنسان نفسه

وفي عام 1983، تم توسيع نطاق القانون ليشمل تدريب أولياء الأمور وتأسيس مراكز المعلومات على مستوى الدولة. وفي عام 1986، أضيفت برامج التدخل المبكر للأطفال الرضع والخدمات التعليمية لمرحلة ما قبل المدرسة. وفي عام 1990، تم توسيع مرة أخرى الخدمات والأهلية وتمت إعادة تسمية القانون ليصبح "قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة" (Individuals with Disabilities Education Act). ومنذ ذلك الحين بقي هذا القانون يخضع للتعديل والتطوير والتوسيع.



ماريا منتسوري: طبيبة ومربية ايطالية أهم ما اشتهرت به النظام التعليمي الذي ما زال يحمل اسمها حتى يومنا هذا. تبنت قضية تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. لفتت أعمالها التربوية الموجهة لتعليم الأطفال الصغار في السن انتباه التربويين في دول العالم المختلفة. في مطلع القرن العشرين أسست مدارس على غرار مدرسة منتسوري في ايطاليا في عشرات الدول.

Scanned by CamScanner

ويمكن وصف القرن العشرين بأنه قرن القوانين والتشريعات المتعلقة بالإعاقة والتربية الخاصة في الدول المتقدمة على وجه الخصوص (Osgood, 2007) وهو كذلك القرن الذي بادرت فيه الجامعات والكليات في تلك الدول إلى تقديم برامج لإعداد معلمي التربية الخاصة. لكن تاريخ التربية الخاصة في أمريكا والعالم عموماً في العقود الأولى من القرن العشرين كان تاريخاً كئيباً حتى عقد الستينات. فقد كان معظم الأطفال المعوقين يحرمون من الحصول على التعليم في المدارس العامة. وفي الدول الأخرى، ما زالت القوانين حتى هذا اليوم تستبعد نسبة كبيرة من الأطفال المعوقين من النظام التربوي.

وطوال تاريخها، كانت التربية الخاصة هدفاً للانتقادات ومثاراً للجدل. ومن أهم القضايا التي كانت محل انتقاد وجدل في القرن العشرين: نظم التصنيف والمسميات التشخيصية، والتمثيل غير العادل للأقليات في برامج التربية الخاصة، والتعليم في المدارس والصفوف الخاصة، وعدم فاعلية البرامج والأساليب المستخدمة، وطرق تشخيص فئات الإعاقة، وعلاقة التربية الخاصة بالتربية العامة.

لقد أصبحت المؤسسات الداخلية ودور رعاية الأشخاص المعوقين نادرة في مجتمعات اليوم

Scanned by CamScanner

المراجع

Bateman, B. D. (1994). Who, how, and where: Special education's issues in perpetuity. *The Journal of Special Education* 27, 509 - 520.

Blackhurst, A. E. & Berdine, W. H. (1993). *An introduction to special education* (3rd ed.).New York, NY: HarperCollins College Publishers.

Dorn, S.; Fuchs, D.; & Fuchs, L. (1996). A historical perspective on special education reform." *Theory into Practice*, 35,12 - 19.

Kauffman, J. M. (1981). Historical trends and contemporary issues in special education in the United States." In *Handbook of special education*, ed. James M. Kauffman and Daniel P. Hallahan. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Osgood, R. (2007). *The history of special education: A struggle for equality in American public schools*. Praeger Publishers.

Safford, P. A (1996). *History of childhood and disability*. New York Teacher's College Press.

Winzer, M. (1993). *The history of special education: From isolation to integration*. Gallaudet University Press.

Scanned by CamScanner

2

الباب الثاني

فئات التربية الخاصة الأساسية

Scanned by CamScanner

الفصل الثالث

الإعاقة العقليّة

Scanned by CamScanner

مقدمة

الإعاقة العقلية ضعف ملحوظ في القدرات العقلية وعجز عن تحمل المسؤولية الاجتماعية والتكيف. وهي قد تحدث منفردة وقد تكون مصاحبة لإعاقات أخرى. وفي معظم الحالات ليس للإعاقة العقلية أسباب عضوية معروفة. ولذلك يعتقد أن الإعاقة العقلية في هذه الحالات تنجم عن أسباب نفسية واجتماعية وبيئية. والأشخاص ذوو الإعاقة العقلية مجموعة غير متجانسة بمعنى أنه توجد فروق كبيرة بينهم. وليس هناك علاج للإعاقة العقلية. فالإعاقة العقلية تتطلب تنفيذ برامج تربوية ونفسية.

وتتباين الإعاقة العقلية في درجتها فقد تكون من المستوى البسيط أو من المستوى الشديد. وبالمثل، تتباين هذه الإعاقة من حيث أسبابها وتأثيراتها على النمو والتعلم. وبالرغم من أن كثيرين في مجتمعاتنا ما زالوا يشككون في قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية على التعلم، فانهم قادرون على التعلم وإن بسرعات وأساليب مختلفة عن الأطفال الآخرين.

نسبة انتشار الإعاقة العقلية

إن تحديد أعداد الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية هي عملية بالغة الصعوبة. ويعود ذلك إلى عدد من العوامل منها القضايا المتعلقة بتعريفات هذه الإعاقة، والاتجاهات نحوها، وأدوات القياس المستخدمة، ومنهجية الدراسات المنفذة (Hallahan & Kauffman, 2002). وبوجه عام، تتفق أدبيات التربية الخاصة على أن النسبة نظرياً هي 3٪ تقريباً (3 من كل 100مواطن). ويشير الخطيب (2010) نقلاً عن هيوارد (Heward, 2000) إلى أن الدراسات المسحية التي أجريت في عدد كبير من دول العالم أشارت إلى أن النسبة الفعلية تبلغ 2.3٪. وتتوزع نسبة حدوث الإعاقة العقلية حسب درجتها (شدتها) على النحو التالي: 85٪ إعاقة عقلية بسيطة، 10٪ إعاقة عقلية متوسطة، 3 – 4٪ إعاقة عقلية شديدة، 1 – 2 ٪ إعاقة عقلية شديدة جداً.

Scanned by CamScanner

تعريف الإعاقة العقلية وتصنيفها

يوضح الخطيب (2010) أن تعريفات عديدة قُدّمت ونظم تصنيف مختلفة اقترحت للإعاقة العقلية في العقود الماضية وفقاً لمعايير طبية/بيولوجية أو نفسية أو تربوية أو اجتماعية. فحسب الأسباب تصنف الإعاقة العقلية إلى إعاقة عقلية عضوية وإعاقة عقلية غير عضوية (نفسية، ثقافية، بيئية). وحسب معامل الذكاء تصنف إلى: بسيطة، ومتوسطة، وشديدة، وشديدة جداً. وتصنف بعض المراجع الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية تربوياً إلى: قابلين للتعليم، وقابلين للتدريب، واعتماديين. وتصنف مراجع أخرى هذه الإعاقة حسب الشكل الخارجي إلى: متلازمات، وصغر أو كبر حجم الجمجمة، الخ.

الإعاقة العقلية ليست توقف الدماغ عن النمو

وقد شكّل التعريف الذي قدّمه جروسمان (Grossman, 1973) والذي قامت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بتبنيه نقطة تحول تاريخية في النظر إلى الإعاقة العقلية. وقد نص ذلك التعريف على أن التخلف هو "انخفاض ملحوظ في القدرة العقلية العامة يصاحبه عجز في السلوك التكيفي ويظهر في مرحلة النمو". وهكذا

Scanned by CamScanner

يجب أن تتحقق ثلاثة معايير أساسية كي يتم تصنيف الطفل على أنه ذو إعاقة عقلية. وهذه المعايير هي: (أ) الانخفاض الملحوظ في مستوى القدرة العقلية العامة، (ب) العجز في السلوك التكيفي، (ج) الظهور في مرحلة النمو (الخطيب، 2010). ويلاحظ من التعريف السابق أن المعيار الأول لتشخيص الإعاقة العقلية هو انخفاض مستوى القدرة العقلية العامة بشكل ملحوظ. وما يعنيه ذلك إجرائياً هو أن تكون درجة الذكاء دون المتوسط بانحرافين معياريين أو أكثر. وتقاس القدرة العقلية العامة بأحد اختبارات الذكاء الفردية المقننة (مثل: اختبار وكسلر لذكاء الأطفال). والدرجة الوسط على هذا الاختبار هي (100)، أما الانحراف المعياري الواحد فهو يساوي (15) درجة. وهكذا فإن حصول الطفل على درجة ذكاء تساوي (70) أو أقل على اختبار وكسلر تعني أن لديه إعاقة عقلية وفقاً لمعيار القدرة العقلية العامة حيث أن هذه الدرجة تنخفض بمقدار انحرافين معياريين أو أقل عن المتوسط.

وأما السلوك التكيفي فهو مستوى فاعلية الفرد في تحقيق معايير الاستقلالية الشخصية والمسؤولية الاجتماعية المتوقعة ممن هم من عمره ومن مجموعته الثقافية. ويقاس السلوك التكيفي بأحد مقاييس السلوك التكيفي مثل مقياس السلوك التكيفي الذي طورته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMD Adaptive Behavior Scale) أو مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي (Vineland Social Maturity Scale) وغيرهما من المقاييس (الخطيب، 2010).

وفي عام 1992 قدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي دليلاً لتعريف وتصنيف التخلف العقلي ونظاماً لتصنيفه يختلفان جوهرياً عمّا كان معتمداً من قبل. فقد قدّم هذا الدليل تعريفاً وظيفياً يركز على التفاعل بين الطفل وبيئته (Luckasson, et al., 1992). وعرّف هذا الدليل التخلف العقلي كما يلي: "يشير التخلف العقلي إلى أوجه ضعف ملحوظة في الأداء الحالي. ويتصف التخلف العقلي بتدني الأداء العقلي عن المتوسط بشكل ملحوظ ويرافقه أشكال مختلفة من العجز في واحدة أو أكثر من المهارات التكيفية التالية: التواصل، العناية بالذات، الحياة المنزلية، المهارات

Scanned by CamScanner

الاجتماعية، العيش المجتمعي، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، المهارات الأكاديمية الوظيفية، وقت الفراغ والترويح، والعمل. ويظهر التخلف العقلي قبل بلوغ الشخص الثامنة عشرة من العمر." (ص. 1).

ويبين الخطيب (2010) أن الجديد في هذا التعريف هو تأكيده على أهمية التعامل مع التخلف العقلي باعتباره حالة من الضعف في الأداء تنتج في سياق بيئي معين وترتبط بالدعم المتوفر لا حالة تمثل صفة داخلية تميز الشخص. وفي عام 2002 نشرت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي توضيحات حول مصطلحات التخلف العقلي وتصنيفاته (Luckasson, et al., 2002). ولعل أهم ما في هذه التوضيحات تعريف التخلف العقلي من زاوية مدى حاجة الطفل للدعم (Support Needs) وليس من زاوية مستويات الضعف (Deficit Levels) الموجودة لديه. فهذا التعريف ينظر للإعاقة العقلية بوصفها نتاجاً للتفاعل بين الأداء المستقل للطفل وبيئته التي فيها يعيش ويتعلم ويعمل مما يبرز الحاجة إلى الاهتمام بأساليب مساعدة الطالب الذي لديه على الوصول إلى المناهج المدرسية العامة (Wehmeyer, 2003). ومصطلح الدعم (Support) مصطلح ذو مدلولات واسعة فهو يشمل كل المصادر والاستراتيجيات اللازمة لتشجيع وتيسير تطور وتعلم الشخص ذي الإعاقة العقلية. وقد يقدّم الدعم من قبل الأسر، أو الأقارب، أو الأصدقاء، أو الأخصائيين أو أي شخص آخر أو مؤسسة أخرى. وقد انبثق هذا المفهوم للدعم منذ أن اعتمدت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تعريفها المعدل للإعاقة العقلية في عام 1992. وتجمع المراجع الحديثة على أن هذا المفهوم أحدث نقلة نوعية في برامج التربية الخاصة والتأهيل للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية. ويؤكد منحى الدعم على أن حاجات الشخص وظروفه تتغير مع الأيام (Polloway et al., 1999). وعليه فان هذا المنحى يختلف عن النظام التقليدي الذي يركز على تصنيف الشخص ضمن فئة إعاقة معينة وتقديم الخدمات وفق الحاجات المتوقعة لتلك الفئة. هذا وتدعو الجمعية الأمريكية

Scanned by CamScanner

للإعاقات العقلية والتطورية إلى تحديد الحاجات الفردية للشخص ذي الإعاقة العقلية في المجالات التسعة الأساسية التالية:

1. التربية والتعليم
2. العمل
3. الترويح
4. التطور الإنساني
5. الحياة الأسرية
6. الأنشطة السلوكية
7. الحماية والحقوق
8. الصحة والسلامة
9. الأنشطة الاجتماعية

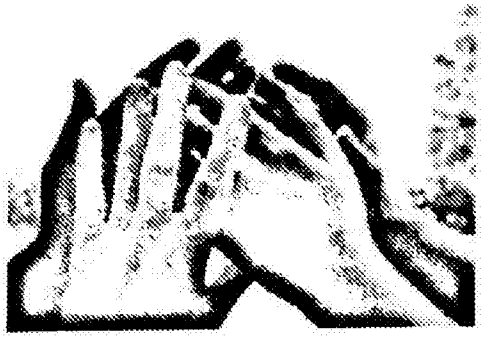
وفي عام 2007، اختارت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تغيير اسمها إلى "الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية" (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities). وينطوي هذا الاسم على التوقف عن استخدام مصطلح التخلف العقلي وينطوي ضمنياً أيضاً على التفريق بين الإعاقة العقلية والإعاقة النمائية. فمصطلح الإعاقة النمائية مصطلح أعم وأشمل من الإعاقة العقلية حيث أن الإعاقة العقلية شكل من أشكال الإعاقة النمائية. ويستخدم مصطلح الإعاقة النمائية تقليدياً للإشارة إلى الإعاقة الشديدة والمزمنة التي تظهر قبل أن يبلغ عمر الفرد واحداً وعشرين عاماً. وهذه الإعاقة قد تكون في الجانب العقلي أو في الجانب الجسمي أو في الاثنين معاً. وتكون الإعاقة تطورية إذا نتج عنها قيود وظيفية كبيرة جداً في مجالين أو أكثر من مجالات الأنشطة الحياتية الأساسية التالية: (1) العناية بالذات، (2) اللغة (التعبيرية والاستقبالية)، (3) التعلم، (4) التنقل والحركة، (5) الحياة المستقلة، (6) الاكتفاء الذاتي الاقتصادي، (7) التوجيه الذاتي.

Scanned by CamScanner

وكان وراء استبدال الجمعية الأمريكية لمصطلح التخلف العقلي بالإعاقة العقلية مبررات من أهمها أن مصطلح الإعاقة العقلية: (أ) أقل وطأة من مصطلح التخلف العقلي، (ب) أكثر انسجاماً مع المصطلحات المتداولة عالمياً، (ج) ينسجم مع معايير الممارسة المهنية الحالية التي تؤكد على أهمية توفير الدعم للأشخاص الذين لديهم هذه الإعاقة لتمكينهم من العيش بشكل أكثر فاعلية في بيئتهم، (د) يشجع على احترام كرامة الإنسان ومراعاة حقوقه (Schalock, Luckasson, & Shogren, 2007).

aaidd

Knowledge | Support | Empowerment



الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية جمعية رائدة وذات تاريخ عريق في الجهود المتصلة بتحسين نوعية حياة الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية

وفي عام 2008، قدمت هذه الجمعية التعريف التالي للإعاقة العقلية: "الإعاقة العقلية هي إعاقة تتميز بانخفاض ملحوظ في كل من الأداء العقلي والسلوك التكيفي الذين تمثلهما المهارات المفاهيمية والاجتماعية والتكيفية العملية. وهذه الإعاقة تظهر قبل بلوغ الفرد الثامنة عشرة من عمره". وتتمثل المهارات المفاهيمية في: اللغة والقراءة والكتابة، الوقت، الفلوس، الأعداد، والتوجيه الذاتي. وتشمل المهارات الاجتماعية: العلاقات الاجتماعية، المسؤولية الاجتماعية، تقدير الذات، حل المشكلات الاجتماعية، واتباع التعليمات. أما المهارات العملية: مهارات الحياة اليومية

Scanned by CamScanner

(العناية بالذات)، المهارات المهنية، الرعاية الصحية، السفر والتنقل، السلامة العامة، استخدام الفلوس، استخدام الهاتف. ويتضح أن هذا التعريف لا يختلف عن التعريفات السابقة إلا من حيث أن مصطلح الإعاقة العقلية وليس مصطلح التخلف العقلي هو الذي أصبح مقبولاً حالياً.

تصنيف الإعاقة العقلية

تصنف الإعاقة العقلية تبعاً لجملة من المتغيرات منها: درجة الذكاء، الأسباب، والقابليات التعلمية. ويوضح هذا الجزء من الفصل التصنيفات الأساسية للإعاقة العقلية.

(1) التصنيف السيكومتري للإعاقة العقلية (حسب معامل الذكاء)

يبين بيرن-سميث وباتون وشانون (Beirne-Smith, Patton, & Shannon, 2005) أن الإعاقة العقلية تصنف حسب الانخفاض في معاملات الذكاء إلى أربعة مستويات هي:

الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Intellectual Disability)

الإعاقة العقلية البسيطة هي انخفاض مستوى الأداء العقلي العام عن المتوسط بمقدار (2-3) إنحرافات معيارية (أي درجة ذكاء تتراوح ما بين 55-69 على اختبار وكسلر و 52-68 على اختبار ستانفورد – بينيه). ويمثل الأشخاص الذين لديهم هذه الدرجة من الإعاقة العقلية حوالى 85٪ من مجموع الأشخاص المعوقين عقلياً. وترتبط أسباب الإعاقة العقلية البسيطة بالعوامل البيئية (الفقر، الحرمان، سوء التغذية، وعدم توفر الرعاية الصحية) أكثر مما ترتبط بالعوامل العضوية. وغالباً ما يتم تشخيص الإعاقة العقلية البسيطة متأخراً (عادة في الصف الثاني أو الثالث الأساسي وليس قبل ذلك).

Scanned by CamScanner

الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Mental Retardation)

يتراوح الانخفاض في الأداء العقلي العام لدى الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة ما بين (3-4) إنحرافات معيارية عن الوسط بمعنى أن درجة الذكاء تتراوح بين 40 -55. ويشكل ذوو الإعاقة العقلية المتوسطة 10٪ من مجتمع الأشخاص المعوقين عقليا. وغالباً ما يظهر لدى هؤلاء الأشخاص تأخر واضح في النمو في مرحلة ما قبل المدرسة. وكثيراً ما يكون لديهم مظاهر جسمية ومشكلات حركية تميزهم عن غيرهم. ومن الأمثلة التقليدية على الإعاقة العقلية المتوسطة متلازمة داون.

يتعلم كثير من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة حالياً في مدارس نهارية وليس في مؤسسات إقامة داخلية

الإعاقة العقلية الشديدة (Severe Mental Retardation)

الإعاقة العقلية الشديدة هي انخفاض مستوى الأداء العقلي العام عن المتوسط بواقع (4-5) إنحرافات معيارية (أي أن درجة الذكاء تتراوح ما بين 25-39 على اختبار وكسلر، و 20-35 على اختبار ستانفورد – بينيه). ويشكل الأشخاص ذوو الإعاقة العقلية الشديدة 3-4٪ من مجتمع الأشخاص المعوقين عقلياً. وينطوي هذا المستوى من الإنخفاض في الذكاء على صعوبات جمة يحتاج الشخص معها إلى رعاية وإشراف متواصلين. ويعاني كثير من هؤلاء الأشخاص من مشكلات صحية.

Scanned by CamScanner

وغالباً ما يرتبط هذا المستوى من الإعاقة العقلية باضطرابات في الجهاز العصبي وبحالات إعاقة أخرى.

الإعاقة العقلية الشديدة جدا (Profound Mental Retardation)

يكون معامل الذكاء في الإعاقة العقلية الشديدة جداً أدنى من المتوسط بمقدار (5-6) إنحرافات معيارية (أي أنّ درجة الذكاء تقل عن 25 على اختبار وكسلر وعن 20 على اختبار ستانفورد – بينيه). ويشكّل هؤلاء 1-2٪ من مجتمع الأشخاص المعوقين عقلياً. وغالباً ما يكون لدى هؤلاء الأشخاص إضطرابات دماغية أو إعاقات جسمية واضحة لا يقدرون معها على التنقل وتكون مهاراتهم الكلامية / اللغوية والحركية محدودة جداً. ويظهر لدى كثيرين منهم سلوكيات غير تكيفية ومنها سلوك الايذاء الذاتي والسلوك النمطي. ولذا فان هؤلاء الأشخاص يحتاجون إلى رعاية متواصلة .

(2) التصنيف التربوي للإعاقة العقلية (حسب القابلية للتعليم)

يصنف الطلبة ذوو الإعاقة العقلية حسب القابلية للتعليم (المعيار التربوي) إلى ثلاث فئات كما يلي: القابلون للتعليم، والقابلون للتدريب، والاعتماديون. وللعلم لم يعد هذا التصنيف مرغوباً.

الطلبة القابلون للتعليم

يستخدم مصطلح الطلبة القابلون للتعليم (Educable Mentally Retarded) إلى الطلبة الذين تتراوح معاملات ذكائهم بين (50-75). ويقصد بذلك أن التعليم الأكاديمي التقليدي أمر ممكن بالنسبة لهم ولو جزئياً. لكن هذا المصطلح لم يعد يحظى بالقبول منذ ثلاثة عقود، لأنه يوحي بأن الطلاب الذين لديهم هذه الدرجة من الإعاقة العقلية قابلون للتعليم وأن غيرهم (القابلين للتدريب والاعتماديين) غير قابلين للتعليم وهذا ليس صحيحاً (Beirne-Smith, Patton, & Shannon, 2005).

Scanned by CamScanner

نجحت الدول المتقدمة في تطوير برامج ترفع معامل الذكاء بواقع 10 إلى 15 درجة

الطلبة القابلون للتدريب

يستخدم التربويون مصطلح الطلبة القابلون للتدريب (Trainable Mentally Retarded) للإشارة إلى الأشخاص الذن تتراوح معاملات ذكائهم بين 30-50 تقريباً. وتقوم هذه التسمية على افتراض مفاده أن الأشخاص الذين لديهم من هذه الدرجة من درجات الإعاقة العقلية يمكن تزويدهم ببرامج تدريبية خاصة في مجالات العناية بالذات والتواصل والنمو الاجتماعي ولكن لا يمكن تعليمهم المهارات الأكاديمية التي تتضمنها المناهج المدرسية التقليدية. وهنا أيضاً، تنطوي هذه التسمية على رسالة ضمنية مفادها أن هؤلاء الأشخاص غير قابلين للتعليم وذلك أمر دحضته نتائج البحوث العلمية مما دفع بكثيرين للتحفظ بشدة على استخدامه في الوقت الراهن.

Scanned by CamScanner

الطلبة الاعتماديون

يطلق التربويون مصطلح "الطلبة الاعتماديون" (Custodial Mentally Retarded) على الأشخاص الذين تقل معاملات ذكائهم عن 30 درجة. واستخدم التربويون هذا المصطلح للإشارة إلى أن هؤلاء الأشخاص لا يستطيعون الإعتناء بأنفسهم ويحتاجون إلى رعاية وإشراف دائمين. ومن الواضح أن هذه التسمية أيضاً تنطوي على رسالة لم تعد مقبولة حالياً مفادها أن هؤلاء الأشخاص غير قابلين للتعليم وغير قابلين للتدريب (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001).

(3) تصنيف الإعاقة العقلية حسب الأسباب

قد تنتج الإعاقة العقلية عن أسباب متنوعة. وعندما تكون الإعاقة العقلية ناتجة عن أسباب جسمية قابلة للتحديد فهي تسمى إعاقة عقلية عضوية (Organic Mental Retardation). أما عندما يتعذر تحديد أي سبب عضوي لها (وذلك هو الحال بالنسبة لمعظم الحالات البسيطة) فهي تسمى الإعاقة العقلية الثقافية الأسرية (Cultural-Familial Mental Retardation).

(4) التصنيف حسب الحاجة للدعم

يشير الخطيب (2010) إلى أن الأدبيات الحديثة تصنف الإعاقة العقلية بناء على حاجة الطفل إلى الدعم إلى أربع فئات كما هو مبين في الجدول (3-1).

الجدول (3-1): تصنيف الإعاقة العقلية بناء على الحاجة إلى الدعم

- دعم متقطع (Intermittent) بمعنى أن الشخص لا يحتاج للدعم بشكل مستمر ولكن الدعم يقدم حسب الحاجة فقط وخاصة في المراحل الانتقالية المهمة في الحياة.
- دعم محدود (Limited Support) عندما يحتاج الشخص إلى دعم متكرر ولكن غير مكثف.
- دعم مكثف (Extensive Support) بمعنى أن الشخص يحتاج إلى دعم منتظم

Scanned by CamScanner

ويومي في مجال أساسي واحد على الأقل (كمجال المهارات الحياتية اليومية).

- دعم شامل (Pervasive Support) بمعنى أن الشخص يحتاج لدعم يومي مكثف وربما طوال حياته في عدة مجالات أساسية.

أسباب الإعاقة العقلية

بالرغم من الجهود الكبيرة التي بذلت في العقود الماضية لتحديد أسباب الإعاقة العقلية، فما تزال أسباب هذه الإعاقة غير واضحة في معظم الحالات. ويعتقد أن أسباب الإعاقة العقلية غير قابلة للتحديد بشكل قاطع في حوالى 75٪ من الحالات (الخطيب، 2010). ويعتقد هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2002) أن نسبة حالات الإعاقة العقلية التي لا يعرف لها سبب عضوي واضح تزيد عن 80٪. وتسمى الإعاقة العقلية عندئذ الإعاقة العقلية الثقافية – الأسرية (Cultural–Familial Mental Retardation). وتوحي هذه التسمية بأن البيئة الاجتماعية والثقافية الفقيرة والمحرومة أو المضطربة في مراحل الطفولة المبكرة تقود إلى الإعاقة العقلية. إلا أنه لا يتوفر أية أدلة علمية كافية على صحة هذا الافتراض مما دفع بالجمعية الأمريكية للتخلف العقلي إلى الإشارة إلى الأسباب النفسية – الاجتماعية بدلاً من الأسباب الثقافية – الأسرية.

ويمكن تصنيف أسباب الإعاقة العقلية حسب موعد حدوثها إلى ثلاثة أنواع:

أسباب ما قبل الولادة (Prenatal Causes)

هي عوامل الخطر التي قد تؤثر على نمو الجنين منذ لحظة الإخصاب وحتى وقت الولادة (Labor)، وتشمل هذه العوامل: (1) نقص الأكسجين بسبب مشكلات معينة في الحبل السّري، (2) عدم توافق العامل الريزيسي، (3) إصابة الأم الحامل بأمراض معدية (كالحصبة الإلمانية مثلاً)، (4) الأمراض الأيضية (كالسكري)، (5) تناول العقاقير الطبية والتدخين والكحول والتعرض للأشعة، (6) سوء التغذية، (7) العوامل الوراثية.

Scanned by CamScanner

أسباب أثناء الولادة (Perinatal Causes)

هي عوامل الخطر التي قد تهدّد صحة الطفل ونموه منذ بدء عملية الولادة إلى نهايتها. ومن أكثر هذه العوامل شيوعاً: (1) نقص الأكسجين أو الإختناق، (2) التخدير، (3) الإصابات الجسمية، (4) النزيف، (5) الخداج أو تأخر الولادة أو الولادة القيصرية ،(6) اليرقان الشديد، (7) عسر الولادة.

أسباب ما بعد الولادة (Postnatal Causes)

هي عوامل الخطر التي قد تؤثر سلبياً على نمو الطفل في أي وقت بعد الولادة. وتشمل هذه العوامل (1) إصابات الرأس، (2) التهابات الأغشية الدماغية، (3) الحمّى، (4) اضطرابات الأوعية الدموية، (5) نقص الأكسجين، (6) الأورام، (7) الأمراض المزمنة الخطيرة، (8) إساءة استعمال العقاقير الطبية، (9) الاضطرابات الأسرية والحرمان النفسي والبيئي.

وثمة متلازمات عديدة ترتبط بالإعاقة العقلية من أهمها متلازمة داون (Down's Syndrome). ومتلازمة داون اضطراب وراثي يعدّ الأكثر شيوعاً بين أسباب الإعاقة العقلية. وفي أكثر أشكال هذه المتلازمة شيوعاً يوجد كروموسوم زائد على الزوج رقم (21) ولذلك تسمى هذه الحالة ثلاثية الصبغي رقم 21 (Trisomy 21). ويقصد بذلك أن خلايا الجسم تحتوي على (47) كروموسوم بدلاً من (46). ويتميز الأشخاص الذين لديهم هذه المتلازمة بمظاهر جسمية فارقة تجعلهم يشبهون بعضهم بعضاً أكثر مما يشبهون أفراد أسرهم. ومن هذه المظاهر إنحناء جانبي علوي في العينين، وخروج اللسان من الفم بسبب صغره، وقصر الأنف وانبساطه بسبب عدم نضج عظمة الأنف، وصغر الأذنين، وانخفاض مستوى التوتر العضلي، وانبساط مقدمة الرأس وخلفه، وقصر العنق والأصابع، وقصر القامة. ومن ناحية أخرى، فهؤلاء الأشخاص أكثر عرضة من غيرهم للإصابة ببعض الأمراض، وبخاصة العيوب الخلقية في صمامات القلب (حيث تبلغ نسبة انتشارها بينهم حوالى 50٪) والتهابات الجهاز

Scanned by CamScanner

التنفسي واللوكيميا. وغالباً ما تتراوح درجة الإعاقة العقلية لديهم ما بين متوسطة وشديدة (Matson & Mulick, 1991). وتزداد نسبة حدوث هذا النوع مع تقدم عمر الأم عند الإنجاب حيث تكون هذه النسبة أقل من (1: 1000) لدى أطفال الأمهات في العشرينات من أعمارهن وتصبح (1: 50) لدى أطفال الأمهات اللواتي تزيد أعمارهن عن 40 سنة. وقد أصبحت هذه الحالة قابلة للتشخيص أثناء فترة الحمل. هذا وكانت هذه الحالة تعرف بالمنغولية (Mongolism) سابقاً بسبب الخصائص الجسمية للأفراد الذين يعانون منها والتي تحاكي خصائص العرق المنغولي.

متلازمة داون هي اضطراب جيني ينتج عن كروموسوم زائد في خلايا الجسم

ومن المتلازمات الأخرى التي ترتبط بالإعاقة العقلية:

- متلازمة توريت (Tourette Syndrom) وهي حالة مرضية يعتقد أنها تنتج عن اضطراب بيولوجي في الدماغ، ويمكن معالجتها بنجاح في نسبة كبيرة من الحالات باستخدام العقاقير الطبية. من أهم أعراضها الأنماط الحركية والصوتية المتكررة والأفعال القهرية (اللمس القهري للذات أو الآخرين أو الأشياء)، وبذاءة الكلام.

Scanned by CamScanner

- متلازمة تيرنر (Turner's Syndrome) وهي حالة يكون فيها لدى الأنثى كروموسوم جنسي أنثوي (X) واحد فقط وبذلك يكون عدد الكروموسومات في الخلية الواحدة في الجسم (45) وليس (46).
- متلازمة الجنين الكحولي (Fetal Alcohol Syndrome) وتشير إلى الأطفال الذين يصبح لديهم انخفاض في معامل الذكاء، وضعف في القدرات في الرياضيات والقراءة والإملاء، والمشكلات السلوكية، وضعف في السلوك التكيفي نتيجة إدمان أمهاتهم على تناول الكحول أثناء فترة الحمل.
- متلازمة أنجلمان (Angelman Syndrome) وتنتج عن نقص جزئي في زوج الكروموسومات رقم (15).
- متلازمة ستيرج – ويبر (Sturge-Weber Syndrome) التي ما تزال أسبابها غير معروفة ولا يعرف لها علاج فعال.
- متلازمة سمث – ليملي – أوبتز (Smith-Lemli-Optiz Syndrome) وتنتج عن اضطراب وراثي ينتقل كسمة متنحية. وقد أصبح بالإمكان حالياً تشخيص هذه المتلازمة أثناء الحمل بالتصوير فوق الصوتي (السونار).
- متلازمة كراي دوشات (Cri Du Chat Syndrome) التي تسمى أيضاً متلازمة مواء القطة (Cat Cry Syndrome) والتي تنتج عن اضطراب جيني نادر جداً يتمثل في نقص في الكروموسوم رقم (5).
- متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش (Fragile X Syndrome) وهي من أكثر أنواع الاضطرابات الوراثية المحمولة على الكروموسوم الجنسي شيوعاً.
- متلازمة كلاينفلتر (Klienfelter's Sydnrome) وفيها يكون لدى الذكر كروموسوم جنسي أنثوي زائد.
- متلازمة وليامز (Williams Syndrome) وتنتج عن خلل في الكروموسوم رقم (7) يتمثل في نقص في البنية الوراثية لهذا الكروموسوم وينتج عن طفرة جينية.

Scanned by CamScanner

ويناقش الخطيب (2010) عدداً من الاضطرابات التي ترتبط بالإعاقة العقلية ومنها:

1. صغر حجم الجمجمة (Microcephaly) التي يعتقد أنها قد تنتج عن اضطرابات جينية أو عن عوامل بيئية كإصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية (Matson & Mulick, 1991). ومن الحالات المرضية المعروفة التي قد تسبب صغراً في حجم الجمجمة متلازمة أبرت (Apert's Syndrome) وهي حالة وراثية تنتقل كسمة جينية سائدة وتكون فيها جمجمة الطفل منذ الولادة صغيرة. وقد يحدّ صغر حجم الجمجمة من نمو الدماغ بشكل طبيعي.
2. التصلب التدرني (Tuberous Sclerosis) المعروف بمرض بورنفيل (Bourneville's Disease) وهو اضطراب تتطور فيه أورام في الدماغ وربما في الوجه والكلى والرئتين والعيون والطحال وعضلات القلب. ويرتفع الضغط الداخلي في الجمجمة وقد تحدث نوبات تشنجية وتشوهات جلدية لدى الأطفال المصابين.
3. الجلاكتوسيميا (Galactosemia) وهي مرض وراثي يعجز الجسم فيه عن تمثيل الجلاكتوز بشكل طبيعي (الجلاكتوز هو مادة كيماوية تنتج عن هضم الحليب). وعلى وجه التحديد، وبسبب ذلك ترتفع نسبة الجلاكتوز في الدم والبول مما يقود أحياناً إلى إعاقة عقلية. وهذه الحالة يمكن اكتشافها مبكراً جداً بإجراء تحاليل للبول (Matson & Mulick, 1991). وتعالج الجلاكتوسيميا باعطاء الطفل غذاء خالياً من الجلاكتوز واللاكتوز (وذلك يعني عملياً الإمتناع عن إعطاء حليب الأم للطفل وإعطاءه بديلاً له) قبل حدوث تلف في أنسجة الجسم.
4. الحصبة الألمانية (Rubella) وهي مرض فيروسي معد تشمل أعراضه البثور والحمى. وينطوي هذا المرض على عواقب وخيمة على الجنين إذا أصيبت به الأم الحامل وبخاصة في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل لأن جهاز المناعة لدى الجنين غير ناضج.

Scanned by CamScanner

5. الخداج (Prematurity) حيث أن الأطفال الخدّج ومنخفضو الوزن عند الولادة أكثر عرضة من غيرهم لمعاناة نقص الأكسجين أثناء الولادة مما قد يؤدي إلى الإعاقة العقلية وبعض الإعاقات الأخرى.

6. التسمم بالرصاص (Lead Poisoning) حيث أن تجمعه في جسم الطفل بمستويات ضارة يحدث تلفاً في الجهاز العصبي. وقد يصل الرصاص إلى أجساد الأطفال من خلال الهواء الملوث به (وعوادم السيارات التي تستخدم البنزين غير الخالي من الرصاص أحد أهم مصادر هذا التلوث) أو من خلال دهانات البيوت أو الأثاث أو الألعاب رديئة النوعية حيث يضع الأطفال القطع الملوثة بأفواههم فيدخل الرصاص إلى أجسامهم.

7. نقص الأكسجين (Anoxia) الذي غالباً ما يرتبط بصعوبات الولادة، لكنه قد يحدث أيضاً قبل الولادة أو بعدها.

8. القماءة (الفدامة) Cretinism وتنجم عن قصور في وظائف الغدة الدرقية (Hypothyroidism) مما قد يحدث تلفاً في الجهاز العصبي المركزي.

9. اليرقان أو الاصفرار (أوJaundice) المرضي وهو حالة طبية يصبح فيها لون البشرة وصلبة العين أصفراً، وذلك بسبب تغيرات أو إنسدادات في خلايا الكبد، تؤدي إلى انتشار البيلريوبين (العصارة الصفراء) في الدم بنسبة عالية. ولهذا السبب يطلق الأطباء على هذه الحالة اسم فرط البيلريوبين (Hyperbilirubinemia). وينتج هذا النوع من الاصفرار عن أسباب متنوعة من أهمها: الاضطرابات الجينية في كريات الدم الحمراء، وعدم توافق العامل الريزيسي، والإلتهابات (كالحصبة الألمانية وداء المقوّسات)، وبعض العقاقير (كالأسبرين)، وبعض أمراض الطفولة الخطرة (مثل نقص الأكسجين وانخفاض مستوى السكر في الدم).

10. سوء التغذية (Malnutrition) وهي تزود الجسم بعناصر غذائية متكاملة على مدى طويل نسبياً. ويؤثر سوء التغذية على نمو الجهاز العصبي المركزي ويعتقد على

Scanned by CamScanner

نطاق واسع أنه سبب من الأسباب الهامة للإعاقة إذا أصيبت به الأمهات الحوامل أو الأطفال الصغار في السن.

11.الإستسقاء الدماغي (Hydrocephaly) وهو اضطراب ينتج عن تجمع السائل المخي الشوكي داخل الدماغ أو خارجه بشكل مفرط. ولهذا السائل في الوضع الطبيعي مجرى داخل الدماغ وداخل الحبل الشوكي وحولهما. وفي الاستسقاء الدماغي يتجمع هذا السائل بشكل غير طبيعي مما يسبب ضغطاً شديداً على الدماغ وتوسعاً في حجم الجمجمة. ومن الأسباب المعروفة للاستسقاء التشوهات الولادية في العمود الفقري، والأورام، والتهاب الدماغ، والتهاب السحايا. وإذا بقيت حالة الاستسقاء دون علاج فستقود في معظم الحالات إلى إعاقة عقلية ومضاعفات أخرى.

12.التهاب الدماغ (Encephalitis) هو التهاب فيروسي يحدث لدى بعض الأطفال بعد إصابتهم ببعض الأمراض أو إثر تلقيهم المطاعيم أحياناً (. وإذا حدث هذا الالتهاب ولم يعالج بشكل فعّال فهو قد يحدث تلفاً في الدماغ في بعض الحالات.

13.التهاب السحايا (Meningitis) وهو عدوى فيروسية أو بكتيرية في أغشية السحايا الثلاث التي تحيط بالدماغ والحبل الشوكي. والتهاب هذه الأغشية هو أحد الأمراض بالغة الخطورة التي قد تؤدي إلى الإعاقة العقلية وغيرها من الإعاقات (الإعاقة السمعية، والنوبات الصرعية، والمشكلات البصرية، والاضطرابات الكلامية، والمشكلات العصبية الحركية).

14.عدم توافق العامل الريزيسي (RH Incompatibility) الذي يحدث عند وجود العامل الريزيسي في دم الجنين (العامل الريزيسي لديه موجب) وعدم وجوده في دم الأم الحامل (العامل الريزيسي لديها سالب). ونتيجة لذلك يحدث في دم الأم تحسس فينتج أجساماً مضادة (Antibodies) تتلف خلايا الدم لدى الجنين. فإذا كان العامل الرزيسي موجباً لدى الأب وسالباً لدى الأم فإن الأم تعطى لقاح

Scanned by CamScanner

العامل الريزيسي المعروف باسم جاما غلوبيولين (Rho Gam) في غضون (72) ساعة من عملية الولادة.

15.فينل كيتون يوريا (Phenyl Keton Uria) وهو اضطراب أيضي وراثي ينتقل كسمة متنحية يتسبب في عجز الجسم عن القيام بعمليات التمثيل الغذائي الطبيعية لمادة الفينل ألانين (وهي مادة حمضية أمينية توجد في البروتينات كالحليب). وينتج عن ذلك زيادة في معدل الحامض في مجرى الدم مما يحدث تلفاً في الدماغ . وإذا لم تكتشف هذه الحالة وتعالج مبكراً فإن النتيجة هي الإعاقة العقلية التي غالبا ما تكون شديدة أو شديدةً جداً. وعلاج هذه الحالة المرضية هو الحمية الغذائية (تغيير غذاء الطفل) حيث يقرر الأخصائي منذ لحظة اكتشاف هذا المرض استخدام غذاء يخلو من الفينل الأنين.

خصائص الأطفال ذوي الإعاقة العقلية

لا تقتصر تأثيرات الإعاقة العقلية على القدرات العقلية بل هي تمتد إلى جوانب النمو المختلفة. وينبغي التنويه إلى أن الفروق بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال غير المعوقين هي فروق في الدرجة أساساً. ويلخص هذا الجزء الخصائص الأساسية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

الخصائص التعلمية

يمر الأطفال ذوو الإعاقة العقلية بنفس المراحل التعلمية التي يمر بها الأطفال جميعاً ولكن بمعدل أبطأ. وفي الإعاقة العقلية، تكون سرعة ومدى النمو العقلي أقل من الطبيعي. ولا يتعلم هؤلاء الأطفال بشكل فعّال ويكون تعلّمهم بطيئاً. ويلخص هالان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2002) نتائج الدراسات التي تناولت التعلم والتذكر لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية كما يلي: (1) تعتمد شدة العجز عن التعلم أو التذكر على شدة الإعاقة العقلية، (2) الإستراتيجيات التي يستخدمها الطفل ذو الإعاقة العقلية لتأدية المهمة التعلمية هي التي تجعله مختلفاً عن الطفل العادي،

Scanned by CamScanner

(3) لا يرتبط كل نوع من أنواع الإعاقة العقلية بمشكلات تعلمية محددة، (4) لا توجد فروق في الخصائص التعلمية بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال العاديين من نفس العمر العقلي.

ولا يستطيع الطلبة ذوو الإعاقة العقلية النجاح في المجالات الأكاديمية كغيرهم من الأطفال. وأسباب ذلك واضحة فثمة علاقة قوية بين التحصيل الأكاديمي والذكاء. فنسبة تطور أداء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية تتراوح بين 30-70٪ من نسبة تطور أداء الأطفال العاديين (الخطيب، 2010). ويرد ذلك إلى ضعف الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الانتباه، والذاكرة، والتعميم، والتعلم التجريدي، والتعلم العرضي. كما لا تتطور لدى الأطفال ذوي الاعاقات العقلية مهارات حل المشكلات الفعالة.

ومن التأثيرات الأساسية المحتملة للإعاقة العقلية ضعف الانتباه وتشتته. ولذلك يقترح تنفيذ إجراءات فعالة لتحسين مهارات الانتباه عند هؤلاء الأفراد مثل: استخدام المثيرات ذات الأبعاد الواضحة والمميزة، وإزالة المثيرات المشتتة، وتنويع المثيرات المستخدمة في البداية تبعاً لأقل عدد ممكن من الأبعاد، واستخدام أساليب مختلفة لانتباه المتعلم من مثل الإيماءات اللفظية والإيماءات الجسدية، وتعزيز الانتباه بطريقة فعالة، وتنظيم البيئة على نحو يسمح بالتركيز على المثيرات ذات العلاقة، واستخدام الوسائل السمعية/ البصرية المناسبة (الخطيب والحديدي، 2005).

وتتأثر الذاكرة (Memory) سلباً بالإعاقة العقلية حيث أن الأفراد ذوي الإعاقة العقلية ينسون ما يتعلمونه بشكل أسرع من الإنسان العادي. وحتى عندما يتذكر هؤلاء الأفراد المعلومات فهم قد لا يتذكرونها بشكل صحيح أو فعّال أو مفصّل. وتعزى مشكلات ضعف الذاكرة عند هؤلاء الأفراد إلى عدم كفاية الاستراتيجيات التعلمية التي يستخدمونها حيث أن لديهم صعوبات كبيرة في الانتباه الانتقائي وفي توظيف الاستراتيجيات الوسيطة والتنظيمية (Ainsworth & Baker, 2004). ويحدث الضعف لدى هؤلاء الأفراد في الذاكرة قصيرة المدى أو ما يعرف أيضاً بالذاكرة العاملة وتزداد شدة هذا الضعف في الذاكرة بازدياد شدة الإعاقة العقلية. وإذا كان ضعف الذاكرة قصيرة

Scanned by CamScanner

المدى من الخصائص الفارقة للأفراد ذوي الإعاقة العقلية، فان الذاكرة طويلة المدى غالباً ما تكون طبيعية لديهم في حال دخول المعلومات إليها (الخطيب، 2010).

كذلك فإن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يواجهون صعوبة في نقل أثر التدريب بمعنى أن الطفل يواجه صعوبة في الإفادة من تعلمه مهارة ما في تعلم مهارة أخرى أو توظيف ما تعلمه في موقف سابق في المواقف الجديدة ذات العناصر المشابهة.

الخصائص الجسمية والصحية

تجمع المراجع العلمية على أن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية أقل كفاية من الأطفال غير المعوقين في الحركات وردود الفعل الدقيقة والمهارات الحركية المعقدة والتوازن الحركي ويواجهون صعوبات في تعلم المهارات اليدوية. وقد لخص الخطيب والحديدي (2005) مظاهر النمو الحركي للأفراد ذوي الإعاقة العقلية على النحو التالي:

1- مع تقدم العمر تتطور المهارات الحركية للشخص ذي الإعاقة العقلية بشكل أفضل.
2- كلما ازدادت شدة الإعاقة العقلية أصبحت المشكلات الحركية أكبر.
3- لا توجد فروق جوهرية في تسلسل النمو الحركي بين الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية والأشخاص الذين ليس لديهم إعاقة عقلية. فالفرق في سرعة النمو.

الخصائص الاجتماعية

أحد مجالات النمو التي قد يعاني الأطفال ذوو الإعاقات العقلية مشكلات كبيرة فيها هو مجال النمو الاجتماعي. ومن المعروف أن العجز في المهارات الاجتماعية المناسبة وفرط الاستجابات الاجتماعية غير المناسبة من الخصائص المميزة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية. فهؤلاء الأطفال يظهرون سلوكيات غير مقبولة اجتماعياً قد تقود إلى نفور الآخرين منهم ورفضهم لهم أو تجنبهم. والمشكلات الاجتماعية لا تعود لتدني القدرات العقلية فقط ولكنها تنتج جزئياً أيضاً عن اتجاهات الآخرين نحو

Scanned by CamScanner

الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وطرق معاملتهم لهم وتوقعاتهم منهم. فهذه الاتجاهات والتوقعات تؤدي إلى تدني مفهوم الذات الذي يرتبط بخبرات الفشل والإخفاق التي يواجهونها. كذلك فإن الأفراد ذوي الإعاقة العقلية يواجهون صعوبات بالغة في بناء العلاقات الاجتماعية المناسبة مع الآخرين وتفاعلاتهم الاجتماعية غالباً ما تكون محدودة مقارنة بالتفاعلات الاجتماعية للأفراد غير المعوقين (الخطيب، 2010).

الخصائص النفسية والانفعالية

أشارت الدراسات التي حاولت تحديد نسبة انتشار اضطرابات الصحة النفسية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية إلى أن 10 - 40٪ منهم تنطبق عليه معايير تشخيص كل من الإعاقة العقلية والاضطرابات النفسية. وتزداد هذه النسبة عندما تشمل العينات التي تتم دراستها الأشخاص الملتحقين بمؤسسات الإقامة الداخلية (Reiss, 1990). فثمة أعداد كبيرة من هؤلاء الأشخاص تواجه صعوبات نفسية وانفعالية مختلفة منها على سبيل المثال لا الحصر: (1) تدني مفهوم الذات، (2) توقع الإخفاق، (3) الانسحاب الاجتماعي، (4) الافتقار إلى مهارات التنظيم الذاتي، (5) العجز المتعلم ومركز الضبط الخارجي، (6) الافتقار إلى المهارات الاجتماعية الأساسية (Cohen et al., 1999). فالأفراد ذوو الإعاقة العقلية لا يتطور لديهم الشعور بالثقة بالذات ولذلك فهم يوصفون بأنهم يعتمدون على الآخرين لحل المشكلات (Outer-Directed) وأنهم يعزون سلوكهم لعوامل خارج نطاق سيطرتهم (External Locus of Control). وينقل الخطيب والحديدي (2005) عن ويماير وزملائه (Wehmeyer et al., 2001) قولهم بأن الأفراد ذوي الإعاقة العقلية يتطور لديهم خوف من الفشل بسبب إخفاقاتهم المتكررة ممّا يدفع بهم غالباً إلى تجنب محاولة تأدية المهمات. وهذه المظاهر الانفعالية والاجتماعية غير التكيفية أكثر انتشاراً لدى الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية الملتحقين بمؤسسات التربية الخاصة إذ أنها تعمل على عزلهم وعدم توفير فرص الدمج لهم في المجتمع. وفيما يتعلق بالتوقعات، فقد

Scanned by CamScanner

توصلت الدراسات إلى أن هؤلاء الأطفال: (1) ذوو مركز ضبط خارجي بمعنى أنهم يشعرون أن الأحداث التي يتعرضون لها لا تتوقف على سلوكهم وأنها خارج سيطرتهم، (2) يتوقعون الفشل في المواقف التعلمية بسبب خبرات الإخفاق السابقة المتكررة (3) يفتقرون للدافعية ويبحثون عن إستراتيجية لحل المشكلات تعتمد على توجيه الآخرين لهم فهم لا يثقون بحلولهم الشخصية.

كذلك فان كثيراً منهم يواجهون صعوبات سلوكية جمة. ومن المشكلات السلوكية الشائعة، على سبيل المثال لا الحصر، السلوك النمطي (Stereotypy) وإيذاء الذات (Self-Injury). وبالرغم من أن تفسيرات عديدة قدمت لهذه الأنماط السلوكية إلا أن العوامل المسؤولة عن تطورها تبقى غير معروفة بالكامل إلى يومنا هذا (Symons et al., 2005). كذلك ما تزال هناك وجهات نظر متباينة حول العوامل البيئية المرتبطة بالسلوك العدواني والذي يشكل هو الآخر نمطاً سلوكياً شائعاً بين الأفراد ذوي الإعاقة العقلية وبخاصة من يعيشون منهم في مؤسسات داخلية (Embegts et al., 2009; Tenneji & Koot, 2008).

وفي إحدى الدراسات وجد كابتين وزملاؤه (Kaptein et al., 2008) أن مشكلات الصحة النفسية بين الأطفال القابلين للتدريب كانت ستة أضعاف تلك الموجودة لدى عينة مقارنة من الأطفال غير المعوقين. وفي ايرلندا لم يجد هارديمان وزملاؤه (Hardiman, Guerin, & Fitzsimons, 2009) فروقاً مهمة في الكفاية الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة الملتحقين بمدارس نهارية خاصة وأولئك المدمجين في المدارس العامة. أما كارتر وزملاؤه (Carter et al., 2008) فقد وجدوا تبايناً كبيراً في تفاعلات الشباب ذوي الإعاقات العقلية والتطورية مع أقرانهم ومستوى مشاركتهم في الأنشطة الأكاديمية في مدارس تنفذ برامج الدمج. وكان من مصادر هذا التباين نموذج التدريس المتبع وطبيعة العلاقات بين معلمي التربية الخاصة ومعلمي الصفوف العادية. وبالرغم من ذلك، من الممكن تنمية المهارات الاجتماعية

Scanned by CamScanner

لدى هؤلاء الأطفال من خلال برامج تدريبية مناسبة تستند إلى التقييم بأدوات مناسبة مثل الملاحظة وسلالم التقدير وما إلى ذلك (Bielecki & Swender, 2004).

وقد بينت عدة دراسات أن قدرة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية على تحمل الاحباط محدودة. فعلى سبيل المثال، درس جاهورمي وزملاؤه (Garhomi, Gulsurd, & Kasari, 2008) الاستجابات غير التكيفية التي تحدث أثناء تأدية مهمة محبطة لدى عينة من الأطفال ذوي متلازمة داون. ووجد هؤلاء الباحثون أن أفراد عينة الدراسة مقارنة بالأطفال غير المعوقين أظهروا معدلاً مرتفعاً من الانفعالات دون طلب مساعدة الراشدين من حولهم. ويعني ذلك ضرورة تدريب الأطفال ذوي متلازمة داون لتطوير استجابات تكيفية في المواقف المحبطة.

وفي دراسة قام بها هيلبرت وليامز وهاستنغز (Hulber-Williams & Hastings, 2008) تمت مراجعة مجموعة كبيرة من الدراسات السابقة للتعرف إلى أثر الأحداث الحياتية الضاغطة (مثل: فقدان عزيز، وتغيير السكن، وتغيير العمل) كعوامل خطر على الصحة النفسية للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية. وقد خلص الباحثان استناداً إلى تلك المراجعة إلى أن الأدلة العلمية المتوفرة تشير إلى أن الأحداث الحياتية الضاغطة ترتبط بالمشكلات النفسية لدى هذه الفئة من الأشخاص. واقترح الباحثان أن يتم تقديم الإرشاد والدعم لهؤلاء الأشخاص عند تعرضهم لأحداث ضاغطة في حياتهم.

ويتبين من الدراسات أن بامكانية الأخصائيين تحديد عوامل الخطر المرتبطة بالاضطرابات السلوكية منذ الطفولة وبالتالي اتخاذ الاجراءات الوقائية المناسبة. فقد وجد مكارثي (McCarthy, 2008) أن اضطرابات السلوك في الطفولة أهم من البيئة الأسرية للتنبؤ باضطرابات السلوك في سنوات الرشد.

وبالرغم من أن تشخيص الاضطرابات النفسية لدى الاشخاص ذوي الإعاقات العقلية أمر صعب بسبب افتقارهم للمهارات اللفظية اللازمة والصور العيادية غير التقليدية التي تأخذها هذه الاضطرابات لديهم، فقد بينت عدة دراسات حدوث الاضطرابات النفسية بمعدلات مرتفعة لدى هؤلاء الأشخاص. وترجع البحوث العلمية

Scanned by CamScanner

الاضطرابات النفسية لدى هؤلاء الأشخاص إلى عوامل تطورية، وبيئية، وبيولوجية، وأسرية (Wallander, Dekker, & Koot, 2006). ومن الأمثلة على الدراسات ذات العلاقة بهذا الموضوع دراسة ميرباك وفون تشنر (Myrbakk & von Tetzchner, 2008) التي حاولت معرفة العلاقة بين المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية لدى عينة من الأشخاص لديهم إعاقة عقلية تراوحت بين بسيطة وشديدة. وللوصول إلى إجابة عن هذا السؤال عملت الباحثتان على مقارنة مجموعة لديها مشكلات سلوكية ومجموعة ليس لديها مشكلات سلوكية. واستخدمت في الدراسة أداة لقياس المشكلات السلوكية وأربع أدوات لتشخيص الاضطرابات النفسية. وبينت النتائج أن معظم افراد الدراسة ذوي المشكلات السلوكية كان لديهم اضطرابات نفسية وأن المجموعة التي لديها مشكلات سلوكية أظهرت اضطرابات نفسية أكثر من المجموعة التي لم يكن لديها مشكلات سلوكية. وتبين أيضاً أن ذوي الإعاقات البسيطة والمتوسطة أظهروا اضطرابات نفسية أكثر من ذوي الإعاقات الشديدة والشديدة جداً. وقد فسرت الباحثتان هذه النتيجة بالإشارة إلى امكانية أن تكون المشكلات السلوكية أعراضاً لاضطرابات نفسية أو أنها تعكس موقفاً حياتياً صعباً سببه الاضطرابات النفسية أو أن المواقف الحياتية الصعبة تسبب كلاً من المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية. ومن جهة أخرى، أشارت عدة دراسات إلى أن نسبة حدوث الاكتئاب والوحدة النفسية والقلق بين الأفراد ذوي الإعاقات العقلية تزيد بشكل ملحوظ عن نسبة انتشارها بين الأشخاص غير المعوقين (MacMahon & Jahonda, 2008; Hartley, Lickel, & Maclean, 2008; Hurley, 2008; Dagnan et al., 2008; Heiman et al., 1998).

الخصائص اللغوية

النمو اللغوي وثيق الصلة بالقدرات المعرفية، ولذلك يتوقع أن يواجه الأطفال ذوو الإعاقة العقلية صعوبات في تعلم اللغة وفي تأدية المهمات المعتمدة على التعلم

Scanned by CamScanner

اللفظي واللغوي. وقد بينت الدراسات أن مشكلات كلامية ولغوية متنوعة قد تحدث وأن هذه المشكلات أكثر شيوعاً لدى هؤلاء الأفراد منها لدى الأفراد غير المعوقين وخاصة مشكلات النطق (مثل الحذف أو التشويه) والإملاء ومشكلات لغوية مختلفة مثل التأخر اللغوي التعبيري والذخيرة اللغوية المحدودة واستخدام القواعد اللغوية بطريقة خاطئة (الخطيب، 2010). ويلخّص هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2002) النمو اللغوي للأطفال ذوي الإعاقة العقلية كما يلي:

1- كلما ازدادت شدة الإعاقة العقلية ازدادت شدة المشكلات الكلامية واللغوية وأصبحت أكثر انتشاراً.
2- لا تختلف المشكلات الكلامية واللغوية باختلاف الفئات التصنيفية للإعاقة العقلية.
3- تشبه البنية اللغوية للأفراد ذوي الإعاقة العقلية البناء اللغوي لغير المعوقين، فهي ليست شاذة، بل هي لغة سوية ولكن بدائية.

تشخيص الإعاقة العقلية

تمت الإشارة سابقاً إلى أن الإعاقة العقلية انخفاض ملحوظ في الذكاء وعجز في السلوك التكيفي. لذلك يتوقع أن يخضع الطفل الذي يشك بوجود إعاقة عقلية لاختبار ذكاء وأن يتم قياس سلوكه التكيفي على أقل تقدير.

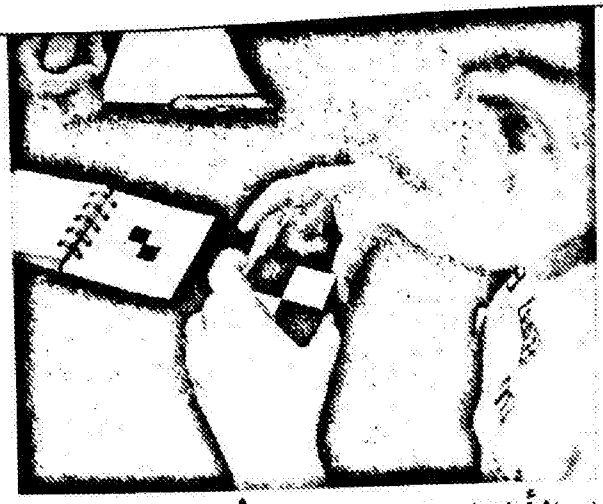
ومن اختبارات الذكاء المستخدمة على نطاق واسع مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء (الطبعة الرابعة) ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال - المنقح. اختبار ستانفورد بينيه (Stanford-Binet Intelligence Scale) هو اختبار ذكاء فردي صمم لقياس ذكاء الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وحتى الرشد. والاختبار ذو طبيعة لفظية كمية ويتألف من 15 اختباراً فرعياً ويقدّم 20 علامة فرعية وكلية. ويقيس الاختبار الاستدلال اللفظي (المفردات، الاستيعاب، السخافات، العلاقات اللفظية، الكلي)، والاستدلال البصري/ المجرد (تحليل النمط، النسخ، المصفوفات، ثني وقص الورق، الكلي)، والاستدلال الكمي (الكمي، سلاسل الاعداد، بناء المعادلات، الكلي)،

Scanned by CamScanner

والذاكرة قصيرة المدى (ذاكرة الخرز، تذكر الجمل، تذكر الخانات، تذكر الأشياء الكلي). وتشمل عملية تطبيق الاختبار قيام الفاحص باتباع قواعد وتعليمات محددة لتحديد المستوى القاعدي والمستوى السقفي لكل اختبار بالاعتماد على أداء المفحوص. وكانت عينة تقنين الاختبار والتي بلغ حجمها 5013 فرداً ممثلة للمجتمع الأمريكي حسب إحصاءات عام 1980.

ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال - المنقح Wechsler Intelligence Scale for Children- Revised (WISC- R) أيضاً اختبار ذكاء فردي. ويهدف هذا الاختبار إلى قياس الذكاء كقدرة عامة لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 6 سنوات وحتى 17 سنة. وعدد الاختبارات الفرعية في مقياس وكسلر 12 اختباراً سبع منها محددة الزمن. ورتبت الفقرات ضمن كل اختبار فرعي بحيث يزداد مستوى صعوبتها. ويستغرق تطبيق الاختبار ما بين 50-75 دقيقة. ويقدم الاختبار ثلاثة أنواع من الدرجات هي: درجة لفظية وتضم (المعلومات، المتشابهات، الحساب، المفردات، الاستيعاب، إعادة الأرقام) ، ودرجة أدائية (تكميل الصور، ترتيب الصور، تصميم المكعبات، تجميع الأشياء، الترميز، المتاهات)، ودرجة ذكاء كلية. وعند تصحيح الاختبار، تحول جميع الدرجات الخام لكل اختبار فرعي إلى درجات معيارية (Scaled Scores) ضمن مجموعة العمر الزمني للمفحوص والدرجات التي يحصل عليها المفحوص هي درجات معيارية. ويحدد في الاختبار الفقرات المناسبة للبدء بها حسب عمر وامكانيات المفحوص المتقدم للاختبار ويحدد أيضاً في كراسة الاختبار عدد المحاولات الفاشلة التي يسمح للمفحوص بها في كل اختبار فرعي حتى يتم بعد ذلك التوقف عن إعطائه. وتعطى فقرات الاختبار بطرق متعددة، فبعض الفقرات تتطلب استجابات محددة، وبعضها الآخر يتطلب استجابات غير محددة، وهناك فقرات تتطلب تصميم أشكال معينة من المكعبات.

Scanned by CamScanner



يتطلب اختبار ذكاء الأطفال التركيز على الأطفال الذين يتم اختبارهم، وكيف يستجيب هؤلاء الأطفال، وعلى أسباب استجابتهم بطريقة معينة، وعلى نوعية استجاباتهم

ولتقييم السلوك التكيفي تستخدم أحد مقاييس السلوك التكيفي وهي أدوات تقيس القدرات التعلمية والتكيفية في الأوضاع غير الأكاديمية وتركز على المهارات الحياتية العامة مثل التواصل، العناية بالذات ، والكفاية الاجتماعية. وعند قياس السلوك التكيفي فان الاختبار لا يطبق على الشخص مباشرة ولكن أشخاصاً يعرفونه جيداً (الوالدين أو المعلمين) يصفون أداءه الحالي. وتحدد مقاييس السلوك التكيفي أداء الفرد في مجالات (أبعاد) مختلفة قد يحدث فيها عجز في المراحل العمرية المختلفة على النحو التالي:

أ) في مرحلة الرضاعة – والطفولة المبكرة.

1- المهارات الحسية – الحركية.

2- مهارات التواصل.

3- مهارات العناية بالذات.

4- المهارات الاجتماعية.

ب) في مرحلة الطفولة والمراهقة المبكرة:

1- تطبيق المهارات الأكاديمية في النشاطات الحياتية اليومية.

Scanned by CamScanner

2- استخدام التعليل المنطقي واتخاذ القرارات المناسبة في التفاعل مع البيئة.

3- التفاعل الاجتماعي المناسب مع الآخرين.

ج) في مرحلة المراهقة المتأخرة والرشد:

1- المسؤولية الاجتماعية.

2- النمو المهني.

ويتوفر حالياً عشرات الأدوات لقياس السلوك التكيفي، الا أن أكثرها استخداماً هما مقياس السلوك التكيفي الذي طورته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMD Adaptive Behavior Scale) ومقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي Vineland Social (Maturity Scale). وتتكون الصورة المدرسية من مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي من جزئين أحدهما يتألف من تسعة مجالات ويقيس الأداء الاستقلالي والمهارات الحياتية اليومية وآخر يقيس أنماط السلوك غير التكيفي.

ويتألف مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي للسلوك التكيفي من جزئين، جزء أول يقيس المهارات السلوكية التكيفية وجزء ثان يقيس الأنماط السلوكية غير التكيفية. ويتكون الجزء الأول من 56 فقرة موزعة على تسعة أبعاد أساسية هي: الأداء المستقل، النمو الجسمي، النشاط الاقتصادي، النمو اللغوي، الأرقام والوقت، النشاط المهني، التوجيه الذاتي، تحمل المسؤولية، النضج الاجتماعي. أما الأبعاد التي يقيسها الجزء الثاني من هذا المقياس فهي: العنف والتخريب، السلوك غير الاجتماعي، السلوك غير الجدير بالثقة، الانسحاب، السلوك النمطي، العادات الشخصية، العادات الكلامية غير المقبولة، العادات الشاذة، تناول العقاقير، النشاط الزائد، الاضطرابات النفسية.

أما مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي فقد ظهرت الصورة الأولى منه منذ أكثر من سبعين عاماً حيث أن عالم النفس الأمريكي إدجار دول (Edgar Doll) وضع تلك الصورة عام 1936. وعرف المقياس في ذلك الوقت بمقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي. وكان المقياس يطبق من خلال مقابلة مع ولي أمر المفحوص أو أحد

Scanned by CamScanner

أشقائه أو شخص يعرفه معرفة جيدة. وتعطى الدرجات وفقا للأنماط السلوكية التي يفيد الشخص الذي تتم مقابلته بانها تميز الشخص المفحوص بمعنى أنها يظهرها بشكل متكرر. وتفسر الدرجات على شكل عمر عقلي أو معامل اجتماعي. وخضع المقياس لعمليات تطوير متلاحقة في العقود الماضية كان من أحدثها الطبعة الثانية من مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي المعروفة اختصارا ب (Vineland-II) والتي طورها ساره سبارو ودومينيك سيشيتي وديفد بالا (Sparrow et al., 1984). وتقيس هذه الطبعة من المقياس الأبعاد الرئيسية التالية:

- التواصل
- مهارات الحياة اليومية
- النشئة الاجتماعية
- المهارات الحركية
- السلوك غير التكيفي

ولا تقتصر عملية تقييم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بحال من الأحوال على الاختبارات فقط. فثمة أدوات أخرى شائعة الاستخدام لجمع المعلومات عن هؤلاء الأطفال منها:

تاريخ الحالة (Case History) وتوفر معلومات مفيدة عن خلفية الشخص وتاريخه التطوري.

سلالم التقدير (Rating Scales) وهي أدوات تسمح بإصدار الأحكام أو التعبير عن الآراء وذلك من خلال الإجابة عن فقرات معينة. والإجابة على فقراتها تكون وفق سلّم يتكون من ثلاث درجات أو أكثر فهي لا تقتصر على إختيار أحد بديلين.

قوائم التحقق (Check Lists) وهي إحدى أساليب التقييم غير الرسمي التي قد تغطي الأداء الأكاديمي أو الخصائص السلوكية أو مظاهر النمو. ويجيب عن الفقرات في

Scanned by CamScanner

هـذه القوائم الشخص نفسه أو أشخاص آخرون يعرفونه جيداً (كأولياء الأمور أو المعلمين). وتكون الإجابة عن الفقرات أو الأسئلة في قوائم الشطب بنعم أو لا ، تنطبق أو لا تنطبق، تحدث أو لا تحدث، وهكذا.

المقابلات (Interviews) ويتم فيها المقابلة طرح أسئلة على الشخص بهدف الحصول على معلومات عن ماضيه أو وضعه الحالي أو مواقفه أو خططه، الخ. والمقابلة قد تجرى مع شخص واحد أو أكثر في الوقت نفسه، وقد تتم مع الشخص المعني مباشرة أو مع أشخاص آخرين يعرفونه جيداً.

الملاحظة (Observation) ولعل أهم ما يميزها أنها تسمح بجمع معلومات يتعذر الحصول عليها من الاختبارات وأدوات التقييم الأخرى. وتشمل الملاحظة مشاهدة الطالب أثناء تأديته السلوكات المختلفة وتفاعله مع الآخرين والأشياء من حوله. والملاحظة المفيدة عملية نظامية وليست عملية عشوائية وموضوعية لا ذاتية. وينبغي على الملاحظ تحديد السلوك الذي سيلاحظه ومواعيد ملاحظته وطرق ملاحظته وتسجيله.

أسس تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية

بما أن الإعاقة العقلية أنواع مختلفة ومستويات متباينة فإن قدرات الأطفال وخصائصهم متفاوتة وبالتالي ليس هناك وضع تعليمي واحد يناسبهم جميعاً أو أسلوب تدريسي واحد يلائمهم جميعاً. على أي حال، كلما زادت شدة الإعاقة العقلية زادت حاجة الطفل إلى أن يتعلم في وضع تربوي خاص وباستخدام أساليب تربوية خاصة. فالأطفال الذين لديهم إعاقة عقلية شديدة أو شديدة جداً يلتحقون بمؤسسات إقامة داخلية أو بمدارس تربية خاصة نهارية. ويلتحق الأطفال ذوو الإعاقة العقلية المتوسطة في مدارس نهارية أو صفوف خاصة في المدارس العادية، في حين يستطيع الأطفال ذوو الإعاقة العقلية البسيطة الالتحاق جزئياً بالصف العادي أو بغرفة المصادر.

Scanned by CamScanner

وتكون الأهداف التعليمية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة محدودة جداً حيث أنهم غير قادرين على الأداء المستقل بل هم بحاجة إلى رعاية متواصلة. ومع هذه الفئة فإن الأساليب التعليمية أيضاً محدودة وتقتصر على تطبيقات مبادئ الإشراط الإجرائي والتكرار. أما الأطفال الذين لديهم إعاقة عقلية بسيطة فهم قادرون على الاعتماد على الذات وتعلم المهارات الأكاديمية الأساسية. وأساليب تعليم هؤلاء الأطفال متنوعة جداً فهي تشمل التعليم المباشر، والتدريس بواسطة الرفاق، والألعاب التعليمية، وتحليل المهارات، والتعلم بالتقليد والنمذجة، الخ. أما الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة فهم يتعلمون بالتكرار، والتدريس المباشر وباستخدام الأشياء الملموسة غير التجريدية. إضافة إلى ذلك، فإن المنهاج لهذه الفئة من الأطفال غالباً ما يشمل المهارات الإدراكية- الحركية، والمهارات الأكاديمية الوظيفية، والمهارات الشخصية- الاجتماعية، ومهارات التواصل، ومهارات العناية بالذات.

التعلّيم الفعّال للأطفال ذوي الإعاقة العقلية هو التعليم الذي يتضمن تقديم برامج تساعدهم على تطوير قابلياتهم التعلمية لأقصى مدى ممكن وتمكينهم من الاستقلالية وتأدية مهارات الحياة الوظيفية

Scanned by CamScanner

وبشكل عام، فإن أساليب تعديل السلوك هي الأساليب الأكثر استخداماً والأكثر فاعلية في تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. وتشمل هذه الأساليب: (1) تحديد السلوك المستهدف وتعريفه بدقة، (2) القياس المتكرر للأداء، (3) تحليل المهارات التعليمية، (4) تعزيز الأداء الصحيح وتقديم تغذية راجعة إيجابية فورية، (5) تشكيل الاستجابات تدريجياً، (6) توفير النماذج للأداء الصحيح، (7) تطوير مهارات الطالب في تنظيم الذات.

ويصف الخطيب والحديدي (2005) أهم المبادئ التي ينبغي مراعاتها عند تعليم وتدريب الأطفال ذوي الإعاقة العقلية على النحو التالي:

(1) الفوز بانتباه الطفل من خلال تنظيم المواد والمثيرات بطريقة تشجعه على التركيز على المثيرات المهمة وتجاهل المثيرات غير المهمة. ويتحقق ذلك بالتخفيف من المثيرات المشتتة، وتعزيز الطفل عندما ينتبه، واستخدام التلقين اللفظي الإيمائي أو الجسمي لحث الطفل على الانتباه، واستخدام مثيرات ذات خصائص واضحة ومحددة.

(2) الانتقال تدريجياً من المهارات البسيطة إلى المهارات الأكثر تعقيداً حسب قدرات الطفل.

(3) تحديد مستوى إتقان الطفل للمهارات المطلوبة منه فبدون معرفة مستوى أدائه قد نطلب منه تأدية مهارات لا يستطيع تأديتها وذلك أمر محبط أو قد نطلب منه تأدية مهارات يتقنها جيداً وذلك الأمر غير مفيد وممل.

(4) تأكيد المحاولات الناجحة وعدم التركيز على خبرات الفشل. وذلك يتطلب استخدام الأدوات والوسائل التي من شأنها مساعدة الطفل على تأدية المهمة المطلوبة بنجاح مثل تجزئة المهارات إلى مهارات فرعية بسيطة ويجب تشكيل سلوك الطفل تدريجياً ويجب تزويد الطفل بتغذية راجعة فورية عن أدائه بطريقة إيجابية. كذلك يفضل تبسيط المعلومات المقدمة للطفل وتزويده بالتلميحات

Scanned by CamScanner

والدلالات التمييزية المساعدة والامتناع عن طلب عدة استجابات منه في نفس الوقت.

(5)استخدام المواد الطبيعية في عملية التدريب كلما كان ذلك ممكناً.

(6)تطوير قدرة الطفل على التذكر ونقل أثر التعليم من موقف إلى آخر. وذلك يتطلب التكرار حتى تصبح الاستجابة تلقائية.

(7)توزيع التدريب وذلك يعني تدريب الطفل في جلسات قصيرة نسبياً تتخللها فترات اختبار أو استراحة. أما التدريب المكثف فيجب الامتناع عنه إلا إذا كانت الاستجابات المطلوبة من الطفل متشابهة إلى حد كبير.

(8) تبني توقعات إيجابية من الطفل فهو يتعلّم إذا اعتقدنا بأنه قادر على التعلم وحاولنا تعليمه بالطرق المناسبة له وليس بالطرق التي يتعلم بها الأطفال الآخرون.

Scanned by CamScanner

المراجع

الخطيب، جمال (2010). مقدمة في الإعاقة العقلية. دار وائل للنشر، عمان - الأردن.

الخطيب، جمال، الحديدي، منى (2005). مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة. دار الفلاح، العين: الإمارات العربية المتحدة.

Beirne-Smith, M., Patton, J., & Shannon H. Kim, S. (2005). *Mental Retardation: An Introduction to Intellectual Disability* (7th Edition). Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.

Grossman, H.J. (1973). *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation.* Washington D.C.: AAMD.

Heward, W. (2000). *Exceptional Children.* Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Luckasson, R. et al (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th Ed.). Washington DC: American Association on Mental Retardation.

Luckasson, R. et al. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (9th Edition). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Matson, J. L., & Mulick, J. A. (1991). Handbook of mental retardation (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Polloway, E. A., Smith, J. D., Chamberlain, J., Denning, C. B., & Smith, T. E. C. (1999). Levels of deficits or supports in the classification of mental retardation: Implementation practices. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 34*, 200–206.

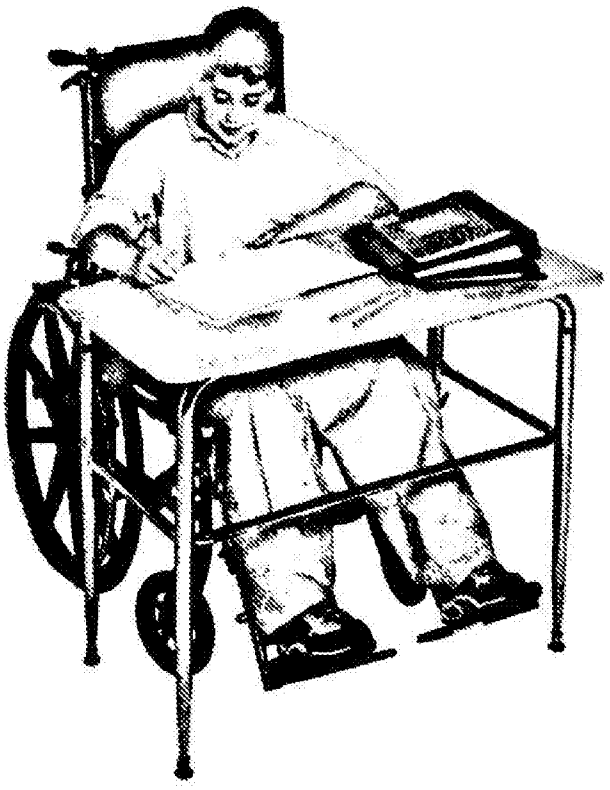
Sparrow, S., Balla, D., & Cicchetti, D. (1984). Vineland Adaptive Behavior Scale: Expanded Manual. Circle Pines, MN: American Guidance Services.

Wehmeyer, M. L. (2003). Defining Mental Retardation and Ensuring Access to the General Curriculum. *Education and Training in Developmental Disabilities, 38*(3), 271–282.

Scanned by CamScanner

الفصل الرابع

الإعاقات الجسمية والصحية



Scanned by CamScanner

مقدمة

الإعاقات الجسمية والصحية اضطرابات عصبية أو عضلية /عظمية أو اعتلالات وأمراض صحية مزمنة تفرض قيوداً على قدرة الفرد على استخدام جسمه للقيام بالأنشطة الحياتية اليومية بشكل مستقل واعتيادي. وقد تكون هذه الإعاقات ولادية (تظهر منذ لحظة الولادة أو بعدها بفترة وجيزة) وقد تكون مكتسبة (تظهر في مرحلة عمرية لاحقة). وقد تكون المشكلات التي يواجهها هؤلاء الأطفال مؤقتة أو متقطعة، أو مزمنة، أو متدهورة مع الأيام. وعلى اختلاف أنوعها، تؤثر هذه الإعاقات سلبياً على الأداء التربوي للأطفال مما يجعلهم بحاجة إلى خدمات التربية الخاصة والخدمات الداعمة. وكما تمت الإشارة في الفصل الأول فإن 1.3٪ من طلبة المدارس الذين تقدم لهم خدمات التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية لديهم إعاقات جسمية و4.5٪ لديهم اضطرابات صحية مزمنة.

وللعلم فإن القانون الأمريكي المتعلق بالتربية الخاصة يتعامل مع الإعاقة الجسمية والاضطرابات الصحية كفئتي إعاقة مختلفتين (Best, Heller, & Bigge, 2009). ومن المفيد توضيح المقصود بمصطلحين يشيع استخدامهما في مجال الإعاقات الجسمية والصحية. وهذان المصطلحان هما: مصطلح الإعاقة الحركية (Orthopedic Disability) ويشير إلى الحالات الناتجة عن اضطراب عظمي/عضلي مثل البتر، أو شلل الأطفال، أو انحناءات العمود الفقري، ومصطلح الاضطربات الصحية الأخرى (Other Health Impairments) الذي يشير إلى الأمراض المزمنة مثل الثلاسيميا، والهيموفيليا، والسرطان، الخ.

Scanned by CamScanner

الشلل الدماغي (Cerebral Palsy)

الشلل الدماغي اضطراب عصبي حركي ينتج عن إصابة دماغية قد يظهر على هيئة شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي. لكن الشلل الدماغي ليس مجرد اضطراب في الوظائف الحركية بل هو إعاقة نمائية متعددة حيث أنه قد يؤثر سلبياً على مختلف مظاهر النمو. فالأطفال ذوو الشلل الدماغي قد يكون لديهم أيضاً إعاقة سمعية أو بصرية، أو اضطرابات كلامية ولغوية، أو صرع، أو إعاقة عقلية، أو غيرها. والشلل الدماغي أنواع وليس نوعاً واحداً فهناك الشلل الدماغي التشنجي، والشلل الدماغي الالتوائي (التخبطي)، والشلل الدماغي اللاتوازني، والشلل الدماغي المختلط (Best et al., 2009).

في الشلل الدماغي التشنجي (Spastic Cerebral Palsy) تكون قدرة الطفل على الحركة محدودة للغاية نتيجة الانقباض والشد في العضلات التي يكون مستوى التوتر العضلي فيها مرتفعاً. وهذا هو النوع الأكثر شيوعاً حيث أنه يمثل 80٪ من جميع حالات الشلل الدماغي.

يمشي كثير من الأطفال الذين لديهم شلل دماغي تشنجي بطريقة تعرف باسم (مشية المقص) حيث أن الطفل يقف على أصابع القدمين وتكون ركبتاه متجهتين نحو الداخل.

Scanned by CamScanner

ويتصف الشلل الدماغي التخطبي أو الكنعاني (Athetoid Cerebral Palsy) بحركات لا إرادية في اليدين والرجلين والجذع والوجه. وعندما يكون الطفل في حالة استرخاء أو عندما يكون نائماً فإن الحركات غير الطبيعية وغير الهادفة تقل أو تختفي. وهذا هو النوع الأقل شيوعاً حيث أنه يمثل 5٪ فقط من حالات الشلل الدماغي.

ينتج الشلل الدماغي التخبطي عن أضرار تلحق بالمخيخ أو بالعقد القاعدية. وهذه المناطق من الدماغ هي المسؤولة عن معالجة الاشارات التي تمكن الإنسان من تأدية الحركات المنسقة فضلاً عن الحفاظ على وضع الجسم في الفراغ مما يؤدي إلى ظهور حركات غير هادفة ولا إرادية. وهذه الحركات اللا إرادية تتداخل مع الكلام، والتغذية، وغيرها من المهارات التي تتطلب حركات منسقة.

وينتج الشلل الدماغي اللاتوازني أو الرنحي (Ataxic Cerebral Palsy) عن إصابة المخيخ. ويتصف هذا النوع بفقدان القدرة على التوازن أثناء الوقوف والمشي واضطرابات في الإدراك البصري والسمعي. ويمثل هذا النوع 10٪ من حالات الشلل الدماغي. وفي الشلل الدماغي المختلط (Mixed Cerebral palsy) يكون لدى الطفل نوعان أو أكثر من الشلل ويمثل هذا النوع 5٪ من حالات الشلل الدماغي (الخطيب، 2011).

Scanned by CamScanner

في الشلل الدماغي الرنحي يوجد انخفاض في قوة العضلات وتوترها، وضعف في التنسيق بين الحركات. ويترنح هؤلاء الأطفال أثناء المشي وتكون القدمان متباعدتان بشكل ملحوظ. كما يؤثر هذا النوع على التوازن والإدراك العميق.

وثمة أسباب عديدة يعتقد أنها تكمن وراء الإصابة بالشلل الدماغي قد ترتبط بمرحلة الحمل (كالحصبة الألمانية، أو تناول العقاقير أو التعرض للأشعة، أو الاضطرابات الجينية) أو بمرحلة الولادة (مختلف أشكال عسر الولادة وما يقد ينتج عنها من نقص في الأكسجين)، أو بمرحلة ما بعد الولادة (كالخداج، والاصفرار الشديد، والتهاب السحايا).

ومن الأعراض المبكرة التي قد تعني أن الطفل معرض لخطر الإصابة بالشلل الدماغي في مرحلة الرضاعة ما يلي:

- صعوبات في البلع
- إبقاء الإبهام داخل اليد
- عدم تحريك الألعاب من يد إلى أخرى
- التأخر في الجلوس
- التشجنات العضلية
- إخراج اللسان من الفم بشكل متكرر

Scanned by CamScanner

- ارتخاء العضلات
- عدم القيام بالحركات تلقائياً
- استخدام إحدى اليدين فقط قبل أن يبلغ السنة الأولى من عمره.

الصرع (Epilepsy)

الصرع هو تغير مفاجيء في وظائف الدماغ ينجم عن نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الدماغ. وهذا التغير يبدأ وينتهي تلقائياً، ويتصف بقابليته للحدوث مرات أخرى في المستقبل، وينتج عنه تغير في حالة الوعي لدى الإنسان (الخطيب، 2011). وما تزال أسباب الصرع غامضة، إلا أن هناك ما يشير إلى أن الصرع يرتبط ببعض عوامل الخطر ومنها: تلف الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها، وإصابات الرأس، وبعض أنواع التسمم، والعوامل الجينية، وبعض أنواع الالتهابات (مثل التهاب السحايا).

والصرع أنواع عديدة ونركز هنا على الأنواع الثلاثة الأكثر حدوثاً لدى الأطفال. ومن أكثر النوبات شيوعاً وأكثرها خطورة النوبة الصرعية الكبرى (Grand Mal Seizure). ومع بداية حدوث النوبة يصرخ الفرد، ويفقد وعيه، ويتوقف تنفسه لحظياً، ويسقط على الأرض. وأثناء هذه المرحلة يحدث تشنج عام في جسم الفرد يتبعه حركات عنيفة في أطراف الجسم، وقد يفقد الإنسان السيطرة على المثانة والأمعاء، وتستمر النوبة هذه مدة 2- 5 دقائق في العادة.

وهناك النوبة الصرعية الصغرى (Petit Mal Seizure) ومن الأعراض المميزة لها الحملقة في الفراغ، وفتح العينين وإغماضهما وفقدان الوعي، ولا تستمر هذه النوبة في العادة أكثر من ثلاثين ثانية. وهي تصيب الأطفال ما بين الرابعة والثامنة من العمر وتحدث بشكل متكرر ونادراً ما تستمر النوبة الصغرى الى سن الرشد.

Scanned by CamScanner

وهناك أيضاً النوبة النفسية الحركية (Psychomotor Seizure) التي تحدث لدى الأطفال دون السادسة من العمر وهي تستمر في العادة لبضع ثوان فقط. ومن أعراض هذه النوبة نشاطات حركية متكررة وغير هادفة مثل: المضغ أو تلمظ الشفاه، أو فرك اليدين أو فراغ الرجلين. ولأن الطفل لا يفقد الوعي ولا يسقط على الأرض، فهذه النوبة غالباً ما يساء تفسيرها، فتعامل بوصفها نوبات غضب أو اضطرابات نفسية ذهانية.

وقد يترتب عن الصرع مشكلات متنوعة طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية. فهذا الاضطراب يبتدئ كمشكلة طبية وينتهي كمشكلة اجتماعية ونفسية. وبالنسبة لطرق علاج الصرع فالوسيلة الأساسية التي يعتمد الأطباء عليها لمعالجة الصرع هي العقاقير المضادة للنوبة (Anticonvulsant Drugs) وهذه العقاقير تعمل على كبح النوبات أو ايقافها في حوالى 80٪ من الحالات. وقد يقرر أخصائيو جراحة الدماغ والأعصاب في حالات الصرع النفسي الحركي بإجراء جراحة عصبية تعرف بعملية استئصال الفص الصدغي (Temporal Lobectomy). وتشير البحوث ذات العلاقة إلى أن هذه العملية تؤدي إلى نتائج إيجابية في كثير من الأحيان (Best et al., 2009).

إصابات الحبل الشوكي (Spinal Cord Injuries)

تنتج إصابات الحبل الشوكي عن عوامل مختلفة وبخاصة الحوادث المختلفة (كحوادث السير، والألعاب الرياضية وبخاصة التزلج، والعيارات النارية، والسباحة العميقة، والسقوط من أماكن مرتفعة، الخ). وقد تنتج هذه الإصابات عن تشوهات ولادية وأمراض متنوعة منها: شلل الأطفال، والعمود الفقري المفتوح، والضمور العضلي الشوكي. ويترتب على هذه الإصابات عادة فقدان حسي وشلل في أجزاء الجسم دون موقع الإصابة. وكلما كان مستوى الإصابة أعلى، أصبح الشلل والفقدان الحسّي أكبر.

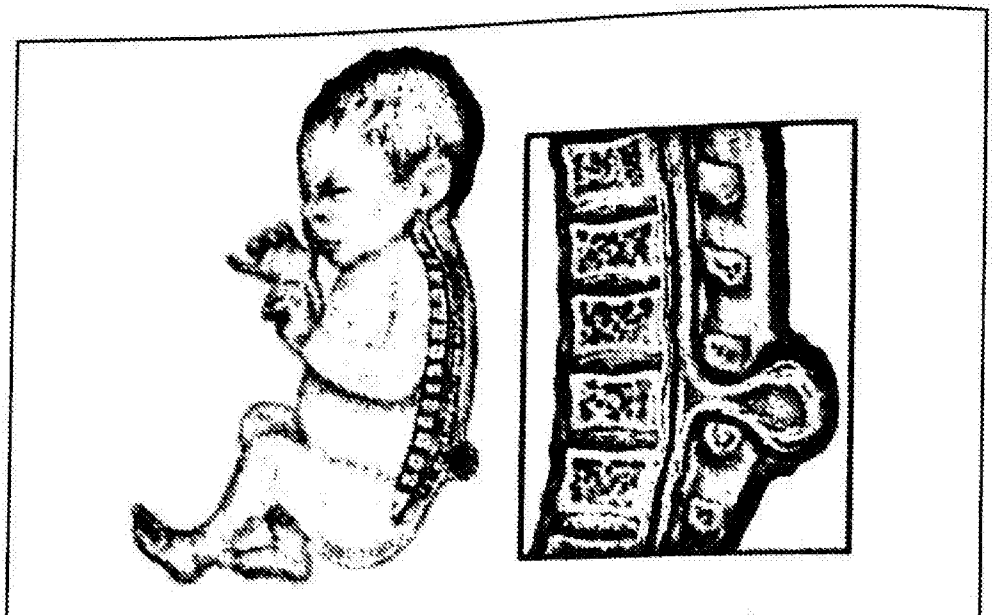
Scanned by CamScanner

فالحبل الشوكي يتكون من قطاعات بمستوى العمود الفقري (8 عنقية، 12 صدرية، 5 قحفية، 5 عجزية، وواحدة عصعصية). وينبثق عن الحبل الشوكي (31) زوجاً من الأعصاب يتألف كل زوج منها من عصب حسي وآخر حركي. فالإصابة في المستوى العنقي تنتهي بشلل في الأطراف الأربعة. أما الإصابات في مستوى الفقرة الصدرية الأولى فهي غالباً ما تنتهي دون بشلل سفلي. وتفرض إصابات الحبل الشوكي تحديات صحية وصعوبات نفسية واجتماعية متنوعة. ولذلك فان الخدمات التي يحتاج إليها هؤلاء الأشخاص متنوعة، فبالإضافة إلى العلاج الطبي والجراحي أحياناً ثمة حاجة أيضاً إلى خدمات الإرشاد النفسي والعلاج الطبيعي والتربية الخاصة والعلاج الوظيفي والتأهيل.

العمود الفقري المفتوح (Spina Bifida)

هو تشوه ولادي بالغ الخطورة ينتج عن عدم انسداد القناة العصبية لدى الجنين، وأسبابه لا تزال غير مفهومة جيداً. والعلاج الوحيد في الحالات الخطيرة هو الجراحة العصبية الفورية حيث يقوم جراح الأعصاب بإعادة الحبل الشوكي إلى مكانه وإغلاق الفتحة. ولكن ذلك يقود إلى الشلل في الأطراف السفلى ويؤدي إلى فقدان السيطرة على وظائف المثانة والأمعاء. ولذلك يحتاج هؤلاء الأطفال في المراحل اللاحقة إلى استخدام العكازات أو الكراسي المتحركة.

Scanned by CamScanner



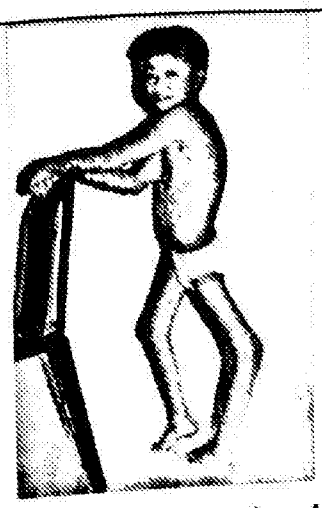
ما تزال أسباب العمود الفقري المفتوح غير مفهومة

وللعمود الفقري المفتوح مضاعفات متنوعة، فإضافة إلى الشلل يعاني الأطفال الذين لديهم هذه الإعاقة من مكشلات مختلفة من أهمها الاستسقاء الدماغي والذي قد يؤدي في معظم الحالات الى إعاقة عقلية إذا لم تتم معالجة الحالة جراحياً في أسرع وقت ممكن. كذلك قد يحدث ضعف أو شلل في عضلات الجذع وذلك اعتماداً على موقع الفتحة في الظهر. ونتيجة لذلك قد تحدث تشوهات في العظام وتقرحات في الجلد. وأخيراً فمن المضاعفات المعروفة لهذه الحالة التهابات المجاري البولية (الخطيب، 2011).

شلل الأطفال (Poliomyelitis)

شلل الأطفال هو التهاب يسببه فيروس شلل الأطفال الذي يدخل إلى الجسم عبر القناة الهضمية وينتقل عبر مجرى الدم ويستقر في الخلايا الحركية في النخاع الشوكي فيتلفها. وتكون النتيجة تعطل وظائف هذه الخلايا التي تتحكم بالعضلات مما يقود إلى عدم القدرة على الحركة (الشلل).

Scanned by CamScanner



كان شلل الأطفال أحد أهم أسباب الإعاقة الحركية في الماضي لكنه أصبح نادراً في الوقت الراهن بفضل اللقاح

الاستسقاء الدماغي (Hydrocephaly)

هو تجمع غير طبيعي للسائل المخي الشوكي في الدماغ. ومن أهم التشوهات التي تقود إلى الاستسقاء الدماغي العمود الفقري المفتوح. وإضافة إلى التشوهات الولادية هناك أسباب أخرى تكمن وراء الاستسقاء الدماغي فهو قد يحدث بسبب النزيف والأورام، والإصابات الدماغية، والالتهابات.

العلاج الوحيد لاستسقاء الدماغ هو الجراحة العصبية حيث يتم وضع أنبوب دائم في حجيرات الدماغ لتصريف السائل من الدماغ إلى الأحشاء ويطلق على هذه العملية اسم "العملية الصارفة"

Scanned by CamScanner

اضطرابات الدم (Blood Disorders)

ومنها الثلاسيميا (Thalassemia) وهي مجموعة اضطرابات في الدم تنتقل كسمة متنحية وتنتشر في دول حوض البحر الأبيض المتوسط. وتنتج هذه المجموعة من الاضطرابات عن خلل في الهيموغلوبين يؤدي إلى الأنيميا (فقر الدم). أما أنيميا الخلايا المنجلية (Sickle Cell Anemia) فهي هي اضطراب وراثي في الدم يضطرب فيه الهيموجلوبين وهو بروتين موجود في كريات الدم الحمراء. وينتقل هذا الاضطراب كصفة متنحية ويسمى هذا الاضطراب بهذا الاسم لأن كريات الدم الحمراء الدائرية الشكل تصبح طويلة وتأخذ شكل المنجل أو الهلال. وينجم عن هذا الاضطراب صعوبة في انتقال الدم في الأوعية الدموية مما يقود إلى نقص الدم والأوكسجين عن أعضاء الجسم. ولأن الخلايا المنجلية غير طبيعية فإن الجسم يعمل على التخلص منها بسرعة. ولأن قدرة الجسم على إنتاج كريات دم حمراء جديدة محدودة فان الشخص يعاني من فقر الدم (الأنيميا). كذلك فان نقص الأكسجين يؤدي إلى آلام مبرحة. وأما الهيموفيليا (Hemophilia) فهي مرض وراثي ينتقل كصفة متنحية ويحمل على الكروموسوم الجنسي يتصف بالقابلية للنزيف بسبب نقص عامل التخثر. وقد يكون النزيف داخلياً أو خارجياً وقد يحدث بفعل إصابة معينة أو قد يحدث تلقائياً. وقد يبقى الطفل المصاب بالهيموفيليا دون تشخيص فترة طويلة وبخاصة عندما يكون النقص في عامل التخثر بسيطاً. والنزيف المتكرر قد يقود إلى تشوهات في المفاصل بل وإعاقات حركية- عظمية. كذلك فان من المضاعفات المحتملة للهيموفيليا التهاب الكبد الوبائي وردود الفعل التحسسية الناتجة عن نقل الدم واضطراب الجهاز العصبي المركزي وغير ذلك (الخطيب، 2011).

Scanned by CamScanner

مرض لج – كالفـبيرثز (Legg-Calve-Perthes Disease)

مرض لج – بيرثز هو اضطراب مزمن في مفصل الحوض حيث يحدث تنكس (تلف) في مركز النمو في عظمة الفخذ. وتتمثل المشكلة الرئيسية في هـذا المرض بعدم وصول الدم إلى الرأس عظمه الفخذ مما يؤدي إلى موت الأنسجة هناك. وغالباً ما يقتصر التلف على عظمة واحدة ولكنه قد يؤثر على عظمتي الفخذ أحياناً. ويصيب هذا المرض الذكور أكثر من الإناث وغالباً ما يظهـر لـدى الأطفـال الـذين تتراوح أعمارهم بين 4 – 8 سنوات. ويعتد أنه ينتج عن التهاب ما، لكن هناك عوامـل خطر أخرى تشمل الوراثة، والإصابات، والاضطرابات الغذائية واضطرابات جهـاز الغـدد. وأما أعراض المرض فهي تشمل الألم في المفصل وعند المشي والعرج. ويهدف إلى العلاج إلى تخفيف الضغط على الحوض ويمكن تحقيـق ذلـك بالـشد، أو العـلاج الطبيعي، أو استخدام أدوات مساعدة للحركة.

عدم اكتمال النمو العظمي (Osteogenesis Imperfecta)

هذا المرض مرض وراثي يطلق عليه اسم العظام الهشة أو القابلة للكسر. ويعتقد أنه ينتقل كصفة سائدة أو يحدث كطفرة جينية في بعض الحالات. والمشكلة الرئيسة فيه هي عدم نمو الأنسجة الضامة نتيجة عجز في تكوين الجـسم للكـولاجين. ومـن الأعراض الأساسية لهذا المرض إضافة إلى قابلية العظام للكسر وعدم نموها: الجلـد النحيف، وصغر حجم الجسم، وازرقاق صلبة العين ، والضعف السمعي الشديد بسبب تلف عظيمات الأذن الوسطى.

ولا يُعرف لهذا المرض دواء شاف حالياً. ولكن قد يفيـد العـلاج الطبيعـي أو الجراحة. وغالباً ما يحتاج الطفل إلى استخدام كرسي متحرك للتنقل مـن مكـان إلى آخر أو أدوات مساندة أخرى للانتقال لمسافات قصيرة.

Scanned by CamScanner

الوالدين أو من قبل الكبار الذين توكل إليهم مهمة العناية بهم وإن إساءة المعاملة تلك قد تنتج عنها إصابات خطرة ذات تأثيرات سلبية بعيدة المدى.

إن مضاعفات إصابات الرأس في مرحلة الطفولة عديدة وقد تكون خطيرة وطويلة المدى وذلك يعتمد على شدة الإصابة الدماغية وموقعها. ومن الواضح أن مسؤولية القائمين على رعاية الأطفال وتربيتهم أن يحموهم من هذه الإصابات وذلك أمر ممكن.

بتر الأطراف (Amputations)

البتر هو عدم نمو أو غياب طرف أو أكثر من أطراف الجسم. وقد يكون السبب ولادياً (الحصبة الألمانية، تناول الأدوية أثناء الحمل، الأشعة السينية) أو مكتسباً (بسبب إصابة خطيرة أو كإجراء جراحي وقائي).

قد يكون البتر إجراءاً جراحياً يقرره الأطباء للوقاية من مضاعفات خطيرة محتملة

الروماتيزم (Rheumatism)

مرض مزمن في المفاصل والأنسجة الضامة المحيطة بها ينجم عنه تورم وحمى وتيبس. والروماتيزم عدة أنواع أسبابها مختلفة وبالتالي فإن علاجاتها مختلفة. لكن أكثر أنواع العقاقير المستخدمة هي المهدئات.

Scanned by CamScanner

الحثل العضلي (Muscular Dystrophy)

اضطراب وراثي تتلف فيه العضلات الهيكلية، وتعجز بروتينات العضلات، وتموت فيه الخلايا والأنسجة العضلية. وهو أنواع مختلفة تنتج عن اضطراب وراثي يحمل على الكروموسوم الجنسي ويصاب فيه الذكور وتكون فيها الإناث ناقلات للسمة المرضية.

حثل دوشين (Duchenne Muscular Dystrophy) أكثر أنواع الحثل العضلي انتشاراً وأشدها خطورة

إصابات الدماغ المكتسبة (Traumatic Brain Injury)

إن إصابات الرأس شائعة جداً في مرحلة الطفولة. فملايين الأطفال يموتون وعشرات الآلاف يصبحون معوقين جسمياً أو عقلياً بسبب التعرض لإصابات الرأس الناتجة عن الحوادث المختلفة مثل السقوط من الأماكن المرتفعة أو عن الدراجات الهوائية أو الأشجار أو المراجيح أو التعرض لحوادث السير أو تناول المواد السامة. وتشير الإحصاءات أيضاً إلى أن الأولاد أكثر تعرضاً للحوادث وبالتالي لإصابات الرأس من الإناث. فالأولاد أكثر نشاطاً من البنات ويمارسون أنشطة اكثر خطورة ولعلهم أقل خوفاً من البنات أيضاً. علاوة على ذلك ، فإن البيانات في الآونة الأخيرة توضح أن أعداداً هائلة من الأطفال يتعرضون لإساءة المعاملة من قبل

Scanned by CamScanner

التشوهات القلبية (Heart Defects)

قد تحدث التشوهات القلبية لدى بعض الأطفال بمفردها وقد تكون مرافقة لمتلازمات مرضية لدى أطفال آخرين. وهذه التشوهات قد تكون ولادية وقد تكون مكتسبة. وتنتج التشوهات الولادية عن عوامل مختلفة منها: إصابة إلام الحامل بالأمراض المعدية (كالحصبة الالمانية)، أو سكري الحمل، أو العوامل الوراثية، أو تناول الأم الحامل للعقاقير المضادة للتشنج. أما التشوهات المكتسبة فهي تنتج عن الحمى الروماتيزمية، أو فرط ضغط الدم، أو تصلب الشرايين، أو الالتهابات المختلفة. ومن أهم أعراض اضطرابات القلب: صعوبة التنفس، وأزرقاق البشرة وبخاصة الشفتين، ومحدودية التحمل الجسمي. وهناك أنواع عديدة من اضطرابات القلب الولادية أكثر من نصفها قابل للتصحيح جراحياً.

الشفة المشقوقة وشق الحلق (Cleft Lip and Palate)

الشفة الأرنبية أو المشقوقة هي تشوه في الشفة العليا ينتج عن عدم التحام أنسجتها في الشهر الثاني من حياة الجنين. وقد يحدث هذا التشوه في جانب واحد من الشفة أو في كلا الجانبين. وإذا لم يعالج هذا التشوه فان الطفل سيعاني من صعوبات في تناول الطعام ومن مشكلات كلامية وأحياناً تشوه في الأنف. ويشمل علاج الشفة المشقوقة الجراحة التي يفضل إجراؤها عند بلوغ الطفل الشهر الثالث من العمر.

أما شق سقف الحلق فهو الآخر تشوه بنائي ينجم عن فشل سقف الفم وأنسجته في الالتحام في المرحلة المبكرة من حياة الجنين. ولان سقف الحلق يفصل الفم عن تجويف الأنف فان وجود شق فيه ينجم عنه صعوبات في المص والبلع وقد تخرج السوائل من أنف الطفل. وكذلك فإن القدرة على الكلام تتأثر سلبياً هي الأخرى.

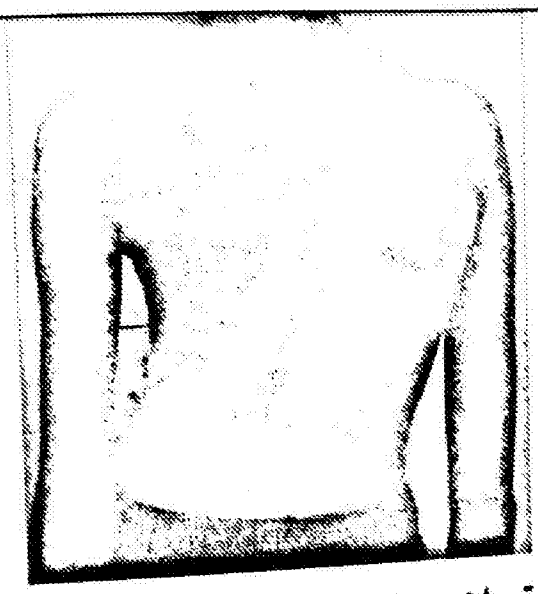
Scanned by CamScanner

التقوس المفصلي (Arthrogryposis)

إعاقة ولادية تكون فيها المفاصل مصابة بالتشوه والتيبس مما يقود إلى قصر العضلات وضعفها والحد من مدى الحركة.

انحناءات العمود الفقري (Spinal Curvatures)

وتشمل البزخ (انحناء العمود الفقري إلى الأمام) والجنف (انحناء العمود الفقري وميلانه إلى أحد الجانبين) والحدب (إنحاء العمود الفقري إلى الخلف).



يعتقد أن سبعة ملايين شخص في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من الجنف

بعض أنواع تشوهات أعضاء الجسم

هناك أنواع شتى من التشوهات منها (Fraser, & Hensinger, 1983):

- تشوهات الرسغ (Wrist Deformities) وهي شائعة نسبياً بين الأفراد الذين يعانون من إعاقات أو اضطرابات عضلية وعصبية شديدة.
- تشوهات الركبة (Knee Deformities) حيث قد يوجد اضطراب انقباضي (Flexion Deformity) تتخذ الرجل فيه وضعاً منقبضاً ومنحنياً أو اضطراب انبساطي

Scanned by CamScanner

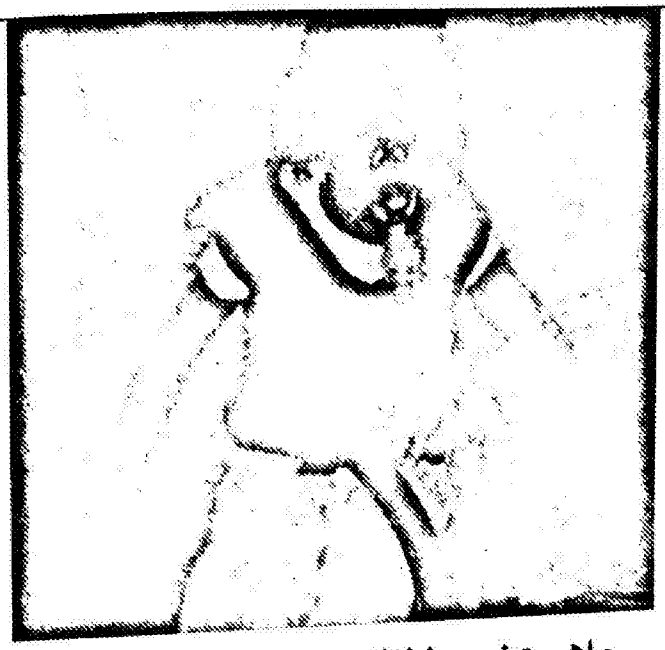
(Extension Deformity) تكون فيه الرجل منبسطة بفعل اضطراب مستوى التوتر العضلي.

- تشوهات القدم (Foot Deformities) وهي عدة أنواع منها: (1) اتجاه القدم نحو الاسفل حيث يمشي الشخص على أصابع القدمين بسبب انقباض وتر الكعب الذي يكون مرتفعاً عن الارض، (2) اتجاه القدم نحو الاعلى حيث يكون وتر الكعب ضعيفاً أو طويلاً، (3) اتجاه الجزء الداخلي من القدم نحو الأعلى مما يسبب المشي على الجزء الخارجي من القدم، (4) اتجاه الجزء الخارجي من القدم نحو الاعلى مما يسبب المشي على الجزء الداخلي من القدم.
- تشوهات الكتف (Shoulder Deformities) وتشمل تيبس الكتفين كما في الاعاقات العصبية والعضلية الشديدة أو ارتخاءهما بشكل غير طبيعي مما قد يجعلهما في غير موضعهما الصحيح.
- تشوهات المرفق (Elbow Deformities) ومن أكثرها شيوعاً الانقباض غير الطبيعي الناتج عن ارتفاع مستوى التوتر العضلي.
- تشوهات الورك (Hip Deformities) ومنها: (1) خلع الورك (Hip Dislocation) وهو عدم تلامس العظام أو عدم وجودها في مكانها الطبيعي في المفصل. ومن أكثر هذه الحالات شيوعاً خلع الورك الولادي الذي يعالج بأبعاد الرجلين عن بعضهما البعض باستخدام الحفاضات أو الجبائر أو الأجهزة الخاصة في أبكر وقت ممكن، (2) التشوهات الانبساطية في الأطراف السفلى، (3) التشوهات الانقباضية التي تعيق القدرة على الجلوس.
- تشوهات اليد (Hand Deformities) التي قد تعيق قدرة الشخص على تأدية الحركات الهادفة في اليد. ومن أكثر هذه التشوهات شيوعاً انقباض الإبهام بشدة داخل راحة اليد وانقباض الأصابع.

Scanned by CamScanner

التليف الكيسي أو الحويصلي (Cystic Fibrosis)

اضطراب وراثي ينتقل كسمة متنحية يصيب الرئتين والبنكرياس ويتم فيه إفراز مواد مخاطية كثيفة جداً مما يقود إلى صعوبات تنفسية وهضمية شديدة.



علاج تنفسي لطفلة لديها تليف حويصلي

تقييم الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية

لا يستطيع غير المتخصصين وذوي الخبرة تقييم القدرات الوظيفية والمعرفية للأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية بشكل مناسب وشامل. فالتقييم لا يقتصر على الجوانب التي يغطيها التقييم التربوي النفسي التقليدي لكنه يشمل تقييم المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة، والتواصل البديل أو المساعد، والوظائف الحسية، والمهارات الحياتية اليومية. ويحتاج المتخصصون في القياس النفسي إلى التعاون في عملية التقييم مع متخصصين آخرين كالمتخصصين في العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي. وغالباً ما يشارك الأطباء في عملية تقييم الطلبة المعوقين جسمياً وصحياً، فهم أول من يعمل على تشخيص الحالة الطبية لدى الطفل لهم ويتابعون أوضاعه الصحية ويقومون بتحديد وتوضيح احتياجات الطفل لأولياء الأمور والآخرين ذوي

Scanned by CamScanner

العلاقة. ونقلاً عن الخطيب (2011)، تقترح كولهاون وهاويشر (Calhoun & Hawisher) إتباع الخطوات التالية في تقيم الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والصحية:

- مراجعة التقارير الطبية للطفل والاطلاع على ما فيها من معلومات.
- الاطلاع على نتائج التقارير النفسية والتربوية السابقة.
- إذا كانت التقارير الطبية تخلو من المعلومات حول الوضع السمعي والبصري للفرد، فمن الضروري تقييم هذه الحواس بالأدوات والأساليب المناسبة.
- قبل البدء بتطبيق الاختبارات المقننة على الفرد، هناك حاجة لملاحظته في المدرسة والبيت إذا يعرفونه جيداً. فذلك من شأنه أن يعرف الفاحص بطرق التواصل التي يستخدمها الفرد.

وتقترح فن (Venn, 1989) على فريق التقييم الاجتماع والتشاور قبل البدء بعملية التقييم لاتخاذ القرارات المناسبة بشأن الأمور التالية:

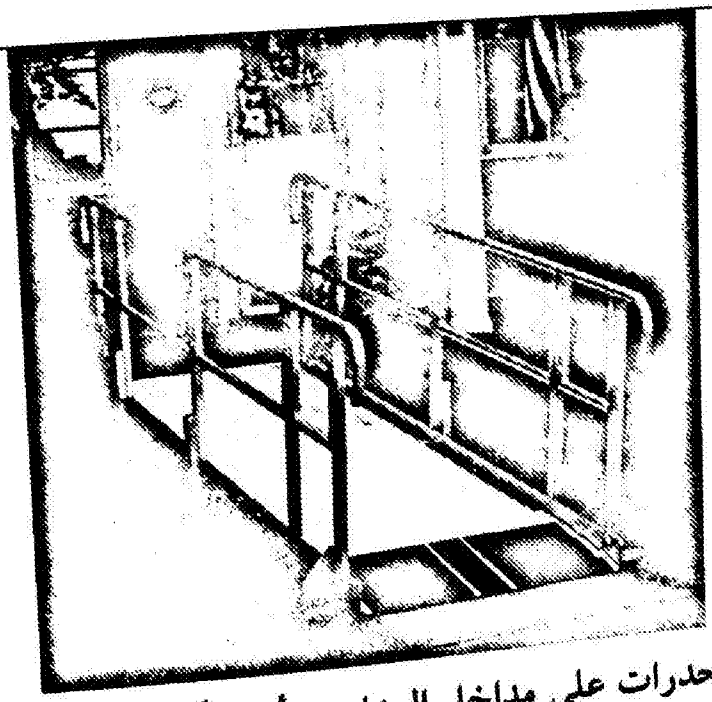
- طبيعة قاعدة البيانات المطلوبة،
- الاستخدام المحتمل للبيانات،
- أساليب القياس المحددة أو التعديلات المطلوبة على المقاييس التقليدية،
- الشخص الذي سيقوم بتقديم فقرات الاختبار،
- طريقة جمع البيانات،
- أنماط الاستجابة أو المعدات المناسبة،
- الموقف الذي سيتم تطبيق الاختبار فيه،
- العوامل المرتبطة بقدرة الطالب على التحمل الجسدي،
- التسلسل الزمني لتقييم جوان الأداء والنمو المختلفة لدى الطالب،
- الآثار المترتبة على الأدوية على أداء الطالب على الاختبار وأفضل وقت في اليوم لتطبيق الاختبار،
- كيف سيتم تقاسم البيانات عندما يتم الانتهاء من عمليات التقييم،

Scanned by CamScanner

- طبيعة التدابير غير التقليدية التي ينبغي إدراجها في التقييم.

أسس تعليم الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية

يتطلب تعليم الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية توفير بيئات خالية من الحواجز والعقبات التي تمنعهم من التنقل بالاعتماد على النفس. فمن أساسيات دمج هؤلاء الأطفال إزالة الحواجز المادية التي قد تمنع الطفل من الدخول إلى المدرسة والصف باستقلالية والتحرك والتنقل بيسر. وذلك يعني إزالة الأدراج والعقبات الأخرى أو إنشاء مداخل خاصة أو إضافة المصاعد. كذلك فإزالة الحواجز تشمل تكييف المرافق المدرسية لتصبح مناسبة (Fraser, & Hensinger, 1983).



مكّنت المنحدرات على مداخل المدارس أعداداً كبيرة من الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية من تلقي التعليم

ويحتاج بعض الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية إلى أجهزة تعويضية (Orthoses). وتستخدم هذه الأجهزة للوقاية من التشوهات أو لتصحيحها أو لدعم أجزاء معينة من الجسم المتحركة وتحسين وظائفها. وغالباً ما تكون هذه الأجهزة بلاستيكية وتستخدم

Scanned by CamScanner

لتقويم القدم أو الكاحل أو الركبة. وقد تكون هذه الأجهزة على شكل مفاصل تعويضية أو أجهزة للوقوف والمشي أو جبائر.

ويعتبر كرسي العجلات (Wheelchair) من الأدوات شائعة الاستخدام والمهمة للغاية لمنع تحول العجز إلى إعاقة لدى الأشخاص العاجزين عن الحركة والتنقل والذين لا يستطيعون الوقوف. وللكرسي عجلتان خلفيتان كبيرتان تتحركان بمقبض يدوي منفصل يمسك الشخص به لتحريك الكرسي وعجلتان أماميتان صغيرتان تتحركان بحرية لتسهيل حركة الكرسي. ويوجد في الكرسي متكآن للذراعين وآخران للقدمين وكوابح يدوية وأجزاء أخرى. ويتوفر في الوقت الراهن كراسي عجلات بمحركات (Motorized Wheelchairs) لمساعدة الأشخاص الذين لا يستطيعون دفع أنفسهم.

كرسي العجلات

وقد يحتاج البعض الآخر إلى أطراف اصطناعية (Prostheses) وهي أطراف بديلة مصممة لتعويض الأشخاص عن الأطراف المبتورة لديهم. وقد تكون الأطراف الاصطناعية وظيفية أو تجميلية. والفرق هو أن الأطراف

Scanned by CamScanner

الوظيفية تساعد الشخص على تأدية الوظائف والأنشطة الجسمية المختلفة بالاعتماد على نفسه في حين أن الأطراف الاصطناعية التجميلية ليست ذات قيمة وظيفية وإنما ذات أثر نفسي. ويحتاج الشخص إلى تأهيل لتعلم استخدام الطرف الصناعي بشكل فعال.

وفي غرفة الصف، يجب ترتيب المقاعد على نحو يسمح بالتحرك للأطفال الذين يستخدمون كراسي متحركة، الخ. كذلك يجب توفير أماكن كافية لخزن المعدات والأدوات الخاصة. ويحتاج المعلمون والمعالجون إلى التعرف إلى طرق العناية بالأدوات المساندة أو الاصطناعية التي يستخدمها الأطفال. ويقترح أيضاً مراعاة ما يلي:

- تعديل أنماط مشاركة الطفل في النشاطات المدرسية والصفية بحيث يتم تجنب تعريضه للمخاطر.
- التعامل مع الأطفال بشكل صحيح في حالة تعرضهم لحالات طارئة (كالنوبات التشنجية، وردود الفعل التحسسية، والإغماء، الخ).
- تنفيذ برامج وأنشطة تساعد الأطفال على اكتساب مهارات العناية بالذات.
- تصميم وتكييف الوسائل والأدوات التعليمية لتتناسب وطبيعة الضعف الموجود لدى الطفل.
- مساعدة الطفل على تطوير اتجاهات واقعية نحو نفسه ونحو الضعف الذي يعاني منه.

Scanned by CamScanner

المراجع

الخطيب، جمال (2011). مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية. دار الشروق، عمان: الأردن.

Best, S., Heller, K. & Bigge, J., (2009). *Teaching individuals with physical or multiple disabilities* (4th Ed.), Prentice Hall.

Fraser, B. A., & Hensinger, R. N. (1983). *Managing physical handicaps. A practical guide for parents, care providers, and educators*. Baltimore: Paul H. Brookes.

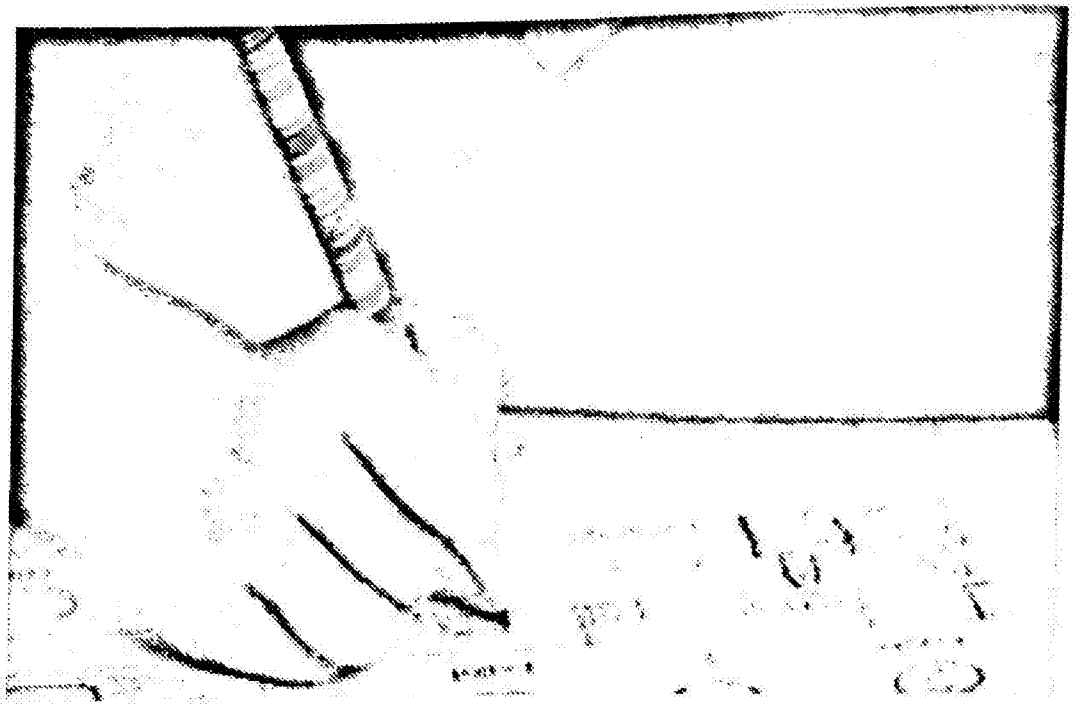
Sirvis, B. (1988). *Physical disabilities*. In E. Meyen & T. Skrtic (Eds.), Exceptional children and youth: An introduction (3rd ed.). Denver: Love Publishing.

Venn, J. (1989). *Students with physical disabilities and health impairments.* ERIC Digests (ED314915).

Scanned by CamScanner

الفصل الخامس

صعوبات التعلّم



Scanned by CamScanner

مقدمة

صعوبات التعلّم (Learning Disabilities) واحدة من فئات الإعاقة الرئيسية التي تقدم لها خدمات التربية الخاصة. ومن أهم تأثيرات صعوبات التعلّم تدني التحصيل حيث أن مستوى تحصيل الطالب يقل بشكل جوهري في مجال دراسي أو أكثر عن المستوى المتوقع لمن هم في مثل عمره أو ذكائه وتلك هي الصفة الرئيسة لصعوبات التعلّم. وقد ظهرت فئة صعوبات التعلّم نتيجة الحاجة الماسة إلى خدمة مجموعة من الطلبة الذين يتكرر فشلهم في المدرسة دون أن تنطبق عليهم معايير الأهلية لأي فئة أخرى من فئات التربية الخاصة. فمصطلح صعوبات التعلّم لا يشمل المشكلات التعلّمية الناتجة أساساً عن الإعاقة البصرية، أو السمعية، أو الحركية، أو الإعاقة العقلية، أو الاضطراب الانفعالي السلوكي، أو الحرمان البيئي أو الثقافي أو الاجتماعي.

وكثيراً ما تصف الأدبيات التربوية الخاصة صعوبات التعلّم بالإعاقة المحيرة لأن الغموض ما يزال يكتنف تعريفها، وأسبابها، وطرق معالجتها. وهي أيضاً تسمى الإعاقة الخفية لأن الطالب يبدو طبيعياً ولا شيء ظاهري يجعله مختلفاً عن الأطفال الآخرين.

وقد استخدمت عشرات المصطلحات وقدمت عشرات التعريفات لصعوبات التعلّم في العقود الأربعة الماضية. ومن المصطلحات التي كانت شائعة قبل السبعينات:

- متلازمة النشاط الزائد (Hyperkinesthetic Syndrome)
- متلازمة الطفل الأخرق (Clumsy Child Syndrome)
- الإعاقة التربوية (Educational Handicap)
- الإعاقة الادراكية (Perceptual Handicap)
- مشكلات التعلّم (Learning Problems)
- اضطرابات التعلّم (Learning Disorder)
- عسر القراءة (Dyslexia)
- التلف الدماغي البسيط (Minimal Brain Injury)

Scanned by CamScanner

- اضطراب ضعف الانتباه (Attention Deficit Disorder)
- العجز العصبي (Neurological Impairment)
- الاضطرابات التعلّمية (Learning Disorders)

لأنها غير مرئية، قد يصعب تشخيص صعوبات التعلّم، وكثيراً ما يخلط المعلمون وأولياء الأمور بينها وبين مشكلات التكيف والدافعية.

تعريف صعوبات التعلم

صعوبات التعلّم مصطلح عام يغطي أنواعاً محددة من مشكلات التعلّم. وتتنوع هذه المشكلات وتختلف من طفل إلى آخر، فالصور التي تظهر فيها صعوبات التعلّم والأشكال التي تأخذها تختلف من طفل إلى آخر. والمهارات التي غالباً ما تتأثر سلباً في حالات صعوبات التعلّم هي: القراءة، والكتابة، والإصغاء، والتكلّم، والحساب، والتعليل. والاعتقاد الشائع في أوساط المتخصصين هو أن السبب الذي يكمن وراء صعوبات التعلّم هو أن دماغ الطفل يعمل بطريقة مختلفة ويعالج المعلومات بأسلوب

Scanned by CamScanner

يختلف عن أدمغة الأطفال الآخرين. ويجب أن يكون واضحاً أن ذلك لا يعني أبداً أن الأطفال ذوي صعوبات التعلّم أغبياء فذكاؤهم عادي أو أحسن من العادي لكن أدمغتهم تتعامل مع المعلومات وتعالجها بطريقة مختلفة.

في عام 1990 قدّمت اللجنة الوطنية الأمريكية المشتركة لصعوبات التعلّم (National Joint Committee on Learning Disabilities) التعريف التالي لصعوبات التعلّم:

"صعوبات التعلّم مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي تظهر على هيئة صعوبات في اكتساب واستخدام القدرة على الإصغاء، أو التكلّم، أو القراءة، أو الكتابة، أو التعليل، أو الحساب. وهذه الاضطرابات توجد داخل الفرد ويفترض أنها تنتج عن اضطراب وظيفي في الجهاز لعصبي المركزي، وقد تظل موجودة طول العمر. وقد يرافق صعوبات التعلّم هذه مشكلات في سلوكيات تنظيم الذات، والإدراك الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي ولكن هذه المشكلات بحد ذاتها لا تشكل صعوبات تعلم. وبالرغم من أن صعوبات التعلّم قد يترافق حدوثها مع حالات إعاقة أخرى (مثل: الإعاقات الحسية، أو العقلية، أو الاضطرابات السلوكية) أو مع مؤثرات خارجية (مثل: الفروق الثقافية، أو التعليم غير الفعال أو غير الكافي) إلا أنها لا تنتج عن تلك الإعاقات أو المؤثرات

(http://www.ldonline.org/about/partners/njcld/archives).

وفي عام 2004 عرّف القانون الفيدرالي الأمريكي لتربية الأفراد ذوي الإعاقات Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) صعوبات التعلّم على أنها: " اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تدخل في فهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة. ويظهر هذا الاضطراب في نقص القدرة على الاستماع أو التفكير أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو أداء العمليات

Scanned by CamScanner

الحسابية. والاصطلاح يشتمل على حالات مثل الإعاقات الادراكية وإصابات الدماغ، والتلف الدماغي الوظيفي البسيط، وعسر القراءة والحبسة الكلامية النمائية".

معدلات حدوث صعوبات التعلم

تعدُّ صعوبات التعلّم من أكثر فئات الإعاقة انتشاراً. وتشير التقارير الحديثة إلى أن واحداً من كل خمسة أطفال في الولايات المتحدة الأمريكية لديهم صعوبات تعلم. وأفاد تقرير تم تقديمه عام 2002 إلى الكونجرس الأمريكي بأن هناك ثلاثة ملايين طفل في أمريكا لديهم شكل ما من أشكال صعوبات التعلّم وأن ما يزيد عن نصف الأطفال الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة لديهم صعوبات تعلم (U.S. Department of Education, 2002). وذلك يعني أن 5٪ من الأطفال في سن المدرسة لديهم صعوبات تعلم مما يجعل هذه الفئة أكبر فئات التربية الخاصة.

وصعوبات التعلّم أكثر شيوعاً بين الذكور منها لدى الإناث حيث تقدّر النسبة ب 3: 1. وثمة من يعزو ذلك إلى قابلية الذكور للتعرض للأذى البيولوجي أكثر من الإناث. ويرى آخرون أن ارتفاع معدلات حدوث صعوبات التعلّم لدى الذكور ربما يعكس فقط تحيزات في الإحالة حيث يتم إحالة الذكور إلى المتخصصين أكثر من الإناث لأن اضطرابات السلوك لدى الذكور تلفت الانتباه أكثر من تلك التي تحدث لدى الإناث (Hallahan, Kauffman, & Lloyd, 1998).

وتختلف نسبة انتشار صعوبات التعلّم من عمر إلى آخر. فأعداد الأطفال الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة يزداد بشكل مضطرد من الصف الأول إلى الصف الثالث. وتتراوح أعمار ما يقرب من نصف الأطفال الذين تقدم لهم هذه الخدمات ما بين 10-13 سنة. وتنخفض هذه الأعداد بشكل ملحوظ ما بين 16-21 سنة (Garguillo, 2010).

Scanned by CamScanner

عوامل الخطر المرتبطة بصعوبات التعلم وأسبابها

بينت البحوث العلمية التي أجريت في العقدين الماضيين أن بعض العوامل البيئية، والبيولوجية، والجينية، والعوامل المرتبطة بظروف الحمل مؤشرات غير مريحة على النمو المستقبلي للطفل وقد تكون بمثابة علامات تحذيرية على احتمال تطور صعوبات تعلّم لدى الطفل في المستقبل. وظهور أو حدوث عدد من هذه العوامل قد يبرر إيلاء اهتمام خاص بنمو الطفل ومتابعة حالته عن كثب. وهذه العوامل هي (Shonkoff & Phillips, 2000):

مرحلة ما قبل الولادة

- انخفاض درجة اختبار أبجار
- نقص الوزن عند الولادة
- الإدخال لمدة تزيد عن ساعتين في وحدة العانية الحديثة بالمواليد الجدد في المستشفى
- صعوبة في المص أو البلع
- التهاب مزمن في الأذن الوسطى

صعوبات التعلّم لا تنتج عن سبب واحد، بل هناك أسباب عديدة وعوامل خطر متنوعة ترتبط بها.

Scanned by CamScanner

العوامل الجينية أو البيئية

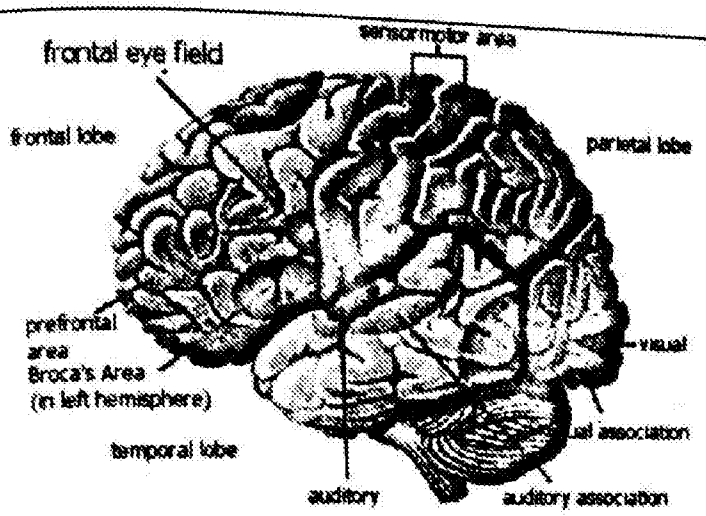
- تاريخ أسري لصعوبات التعلّم
- أطفال التبني
- تاريخ أسري لمشكلات كلام أو لغة
- التعرض لعوامل سمية
- الفقر
- الخبرات اللغوية المحدودة في المنزل أو الروضة

مظاهر النمو

- تأخر النمو المعرفي الإدراكي
- تأخر الاستيعاب أو التعبير اللغوي
- تأخر تطور مهارات القراءة والكتابة
- تأخر النمو الإدراكي الحركي
- عدم الانتباه والتشتت
- التهور
- النشاط الزائد
- تأدية النشاطات بشكل متكرر
- صعوبة في التعامل مع التغييرات

ونستطيع القول أن أسباب صعوبات التعلّم لا تزال غير مفهومة جيداً بالرغم من الجهود الضخمة التي بذلها باحثون في تخصصات مختلفة مثل: طب الأعصاب، وعلم الجينات، وعلم النفس، وطب الأطفال، والتربية، والتغذية. لكن المراجع العلمية دأبت على التركيز على ثلاث مجموعات من الأسباب المفترضة لصعوبات التعلّم وهي: (أ) العوامل الوراثية، (ب) الأسباب الجسمية، (ب) الأسباب البيئية، (ج) الأسباب النفسية (Hallahan, Kauffman, & Lloyd, 1998).

Scanned by CamScanner



الاعتقاد الشائع في أوساط المتخصصين هو أن صعوبات التعلّم تنتج عن اضطرابات في وظائف الدماغ تحدث قبل الولادة في معظم الحالات.

فصعوبات التعلّم غالباً ما يكون لها عنصر وراثي. وكثيراً ما يكون للأطفال ذوي صعوبات التعلّم أقارب من الدرجة الأولى لديهم الخصائص نفسها. ويبين الروسان، والناطور، والخطيب (2004) أن الأسباب الجسمية قد تشمل عوامل متنوعة من أهمها: الاضطراب الوظيفي البسيط في الدماغ، والوراثة، ومشكلات صحية أخرى. أما الأسباب البيئية فيقصد بها جملة من العوامل المختلفة من أهمها: الأشعة، وعدم التوازن الغذائي، والتسمم بالرصاص وبمواد أخرى، والمواد الاصطناعية المضافة إلى الطعام والشراب. وبالنسبة للعوامل النفسية المفترضة لصعوبات التعلّم، فهي تشمل: أنماط التنشئة غير المناسبة، والنمذجة، وتعزيز الاستجابات غير المناسبة.

أعراض صعوبات التعلم

ليس هناك عرض واحد نستطيع أن نحكم منه أن الطفل لديه صعوبات التعلّم. ويبين الجدول (5-1) بعض الأعراض التي قد تعني أن الطفل ربما يكون لديه صعوبات تعلم. لكن ظهور بعض هذه الأعراض أو حتى معظمها لا يعني بالضرورة أن

Scanned by CamScanner

الطفل لديه صعوبات تعلم. كل ما يعنيه ذلك هو أن من المستحسن عرض الطفل على متخصص في صعوبات التعلّم للتحقق من وجودها أو عدم وجودها لديه.

قد تختلف أعراض صعوبات التعلّم من طفل إلى آخر فلكل طفل خصائصه الفردية، لكن جميع الأطفال ذوي صعوبات التعلّم لديهم انخفاض في التحصيل في المدرسة.

الجدول (5-1): أعراض صعوبات التعلّم

- يواجه صعوبة في تعلّم الحروف الهجائية وفي ربط الأحرف بأصواتها
- يخطئ كثيراً في القراءة ويكرر الحروف والكلمات ويتوقف كثيراً
- لا يستوعب ما يقرأه
- يواجه صعوبات كبيرة في التهجي
- تكون كتابته اليديوية غير مرتبة ويمسك القلم بطريقة غير مناسبة
- يواجه صعوبات كبيرة في التعبير الكتابي
- يتأخر في تعلم اللغة والمفردات
- يواجه صعوبة في تذكر أصوات الحروف

Scanned by CamScanner

- يكون لديه مشكلات في فهم النكات، والشرائط المصورة، والمواقف الساخرة
- يواجه مشكلات في اتباع التعليمات
- يخطئ في نطق الكلمات
- يواجه مشكلات في تنظيم ما يريد قوله
- يقوم بتهجئة الكلمة نفسها بطرق مختلفة
- يتجنب القراءة والكتابة
- لا يتذكر جيداً
- يفتقر إلى مهارات التنظيم
- يؤدي المهام ببطء
- يرتبك بسهولة
- لا ينتبه للتفاصيل
- يسيء فهم المعلومات
- لا يستطيع اتباع القواعد الاجتماعية للحديث (مثل عدم انتظار الدور)
- يخلط بين رموز الرياضيات وقد يخطئ في قراءة الأرقام
- لا يستطيع تذكر أحداث القصة بشكل متسلسل
- لا يعرف من أين يبدأ بتأدية المهمة وقد لا يعرف كيف ينتقل إلى المهمة التالية

تصنيف صعوبات التعلم

لقد دأبت المراجع العربية على تصنيف صعوبات التعلّم إلى نوعين هما: الصعوبات التعلّمية الأكاديمية والصعوبات التعلّمية النمائية.

1. الصعوبات التعلّمية الأكاديمية (Academic Learning Disabilities): هي المشكلات التي تظهر لدى الأطفال في عمر المدرسة. ويشمل مصطلح صعوبات

Scanned by CamScanner

التعلّم الأكاديمية الصعوبات الخاصة بالقراءة، والصعوبات الخاصة بالكتابة، والصعوبات الخاصة بالتهجئة والتعبير الكتابي، والصعوبات الخاصة بالحساب. ويستخدم هذا الاصطلاح لوصف الأطفال الذين يظهرون تبايناً كبيراً بين قدرتهم الكامنة على التعلّم (الذكاء) وبين تحصيلهم الأكاديمي في المجالات السابقة حتى بعد تزويدهم بالتعليم المدرسي المناسب.

2 الصعوبات التعلّمية النمائية (Developmental Learning Disabilities): تشمل اضطراب في المهارات (المتطلبات) السابقة للتعلم التي يحتاجها الطالب بهدف التحصيل في الموضوعات الأكاديمية مثل الإدراك والانتباه والذاكرة والتفكير واللغة الشفهية. ويمكن أن تظهر هذه الصعوبات لدى الطفل قبل سن دخول المدرسة.

لكن صعوبات التعلّم يمكن تصنيفها وفقاً لمغيرات أخرى منها: مرحلة معالجة المعلومات التي فيها اضطراب وظيفي، أو الصعوبات المحددة التي يسببها الاضطراب الوظيفي.

الاضطرابات الإدراكية (Perceptual Disorders)

الاضطرابات الإدراكية هي أشكال متنوعة من الصعوبات في التمييز بين المثيرات الحسية وتفسيرها. ويركز المتخصصون في صعوبات التعلّم على الاضطرابات الادراكية البصرية (Visual Processing Disorders) والاضطرابات الادراكية السمعية (Auditory Processing Disorders). والإدراك البصري (Visual Percetion) هو القدرة على تنظيم وتفسير المعلومات التي يتم استقبالها عبر العين. وتعتمد هذه القدرة على قيام القشرة الدماغية الخلفية (البصرية) بوظائفها بشكل طبيعي. ويلعب الإدراك البصري دوراً بالغ الأهمية في التعلّم المدرسي وبخاصة في مجال القراءة. ويتضمن الإدراك البصري عدة قدرات فرعية منها: التمييز البصري، والإغلاق البصري، والذاكرة البصرية.

Scanned by CamScanner

الاضطراب الإدراكي هو عدم القدرة على فهم ما يتم استقباله عبر الحواس

التمييز البصري (Visual Discrimination) هو القدرة على التفريق بصرياً بين الأشياء والرموز المختلفة في البيئة. ومثل هذه القدرة ضرورية لتعلم القراءة، ويجب إتاحة الفرص التدريبية الكافية للأطفال لتعلمها. فقد يطلب من الطفل تمييز الأحرف أو الأرقام أو الأشكال، أو الكلمات. وقد يطلب منه أيضاً تمييز الأشياء تبعاً للونها، أو حجمها، أو ترتيبها، أو موقعها.

والإغلاق البصري (Visual Closure) هو قدرة الشخص على معرفة الشيء بصرياً بالرغم من نقص بعض المعلومات عنه. فالطالب مثلاً، يقرأ كلمة (عصفور) وإن كان حرف (الفاء) غير مقروء، وهو يعرف أن الصورة التي يرسمها المعلم هي صورة إنسان بمجرد رسم عينين وأنف. وهذه الوظيفة البصرية هي وظيفة ادراكية يؤديها الدماغ. وهي وظيفة هامة لها دورها في العمليات التعلّمية، ولذا ينبغي تدريب الأطفال الذين يفتقرون إليها بالطرق المناسبة.

الذاكرة البصرية (Visual Memory) هي القدرة على استدعاء المعلومات البصرية التي تم الحصول عليها سابقاً. وهذه القدرة ضرورية لتعلم القراءة وتأدية أنواع مختلفة

Scanned by CamScanner

من المهارات التعلّمية التجريدية. ولذلك يجب تقييم قدرة الأطفال على التذكر البصري وتدريب الذين يفتقرون إليها باستخدام أساليب متنوعة مثل: معرفة الشيء الذي فقد من مجموعة أشياء تمت مشاهدتها، وتذكر الأشياء التي تمت رؤيتها على بطاقات أو في كتاب، وتقليد الأنماط بصرياً، الخ.

أما الإدراك السمعي (Auditiory Preception) فهو القدرة على فهم المعلومات التي يتم استقبالها عبر حاسة السمع. وتعتمد هذه القدرة على كفاية المراكز الدماغية ذات العلاقة بمعالجة المعلومات السمعية. والإدراك السمعي ضروري للتعلّم الإنساني. ولا تنتج مشكلات الإدراك السمعي (كما هو الحال مثلاً عند الطلبة ذوي صعوبات التعلّم) عن ضعف في حدة السمع. فحدة السمع عادية مثلاً لدى الطلبة الذين يعانون من مشكلات في الإدراك السمعي، ويطلق عليهم اسم الطلبة ذوي العجز اللغوي الاستقبالي (Receptive Language Disability) وتتمثل مشكلتهم في فهم اللغة المنطوقة. ولأن الإدراك السمعي يتطور في السنوات الأولى من العمر، فإن على برامج التدخل المبكر تنفيذ الإجراءات التدريبية اللازمة لتطويره في وقت مبكر.

الاضطراب الإدراكي السمعي هو عدم القدرة على فهم ما يتم استقباله عبر حاسة السمع. وهو لا يعني ضعف السمع وإنما يعني مشكلة في معالجة الدماغ وتفسيره للمعلومات السمعية

Scanned by CamScanner

ومن القدرات الإدراكية السمعية الفرعية التمييز السمعي والذاكرة السمعية. ويعرّف التمييز السمعي (Auditory Discrimination) بأنه القدرة على تمييز الأصوات ومعرفة الكلمات المتشابهة والكلمات المختلفة عندما يكون الفرق بينهما فرقاً صوتياً بسيطاً (مثل: سفينة/سكينة، أسرة/أجرة، سهاد/سعاد، الخ). وبدون القدرة على التمييز، فسيواجه الشخص صعوبة في تقليد الأصوات الكلامية بشكل صحيح. وتركز برامج تدريب مهارات التمييز السمعي على استخدام أدوات ونشاطات تساعد في تطوير القدرة على تمييز الأصوات الأساسية في البيئة، والتمييز بين الأصوات العالية والمنخفضة والقريبة والبعيدة، الخ. أما الذاكرة السمعية (Auditory Memory) فهي القدرة على استقبال وتخزين المعلومات السمعية ومن ثم استدعاؤها عند الحاجة. وتسمى القدرة على تذكر المعلومات السمعية التي تم الحصول عليها سابقاً بالتسلسل بالذاكرة السمعية المتسلسلة (Auditory Sequencing). ومن الأمثلة على هذه القدرة معرفة الأحرف الأبجدية أو الأرقام أو أشهر السنة أو أيام الأسبوع بالترتيب. ويمكن تطوير هذه القدرة لدى الأطفال باستخدام أنشطة وأساليب تدريبية متنوعة منها: تنفيذ التعليمات، وترديد الأناشيد، والأغاني، والأرقام، والحروف، والرموز، إلخ.

وهناك ما يعرف بإدراك الشكل – الخلفية (Figure – Ground Perception) ويقصد به قيام الفرد باختيار مثير ما من بين عدة مثيرات، ويكون هذا المثير هو مركز الانتباه للفرد. ويمثل هذا المثير الذي تم اختياره "الشكل" في المجال الادراكي للفرد بينما تمثل المثيرات الاخرى "الأرضية" أو "الخلفية". والاضطراب في الشكل والخلفية قد يحدث نتيجة خلط الفرد ما بين الشكل والخلفية، أو تبديل أحدهما بالآخر. وقد يواجه الطلبة ذوو صعوبات التعلّم مشكلات في إدراك الشكل – الخلفية ممّا يؤثر سلباً على أدائهم في بعض الموضوعات الدراسية كالرياضيات مثلاً.

إلا أن البحوث العلمية لم تقدّم أدلة علمية قوية على أن تحسين القدرات الادراكية للطلاب ذوي الصعوبات التعلّمية يؤدي إلى تحسن أدائهم الأكاديمي.

Scanned by CamScanner

اضطرابات التفكير (Disorders of Thinking)

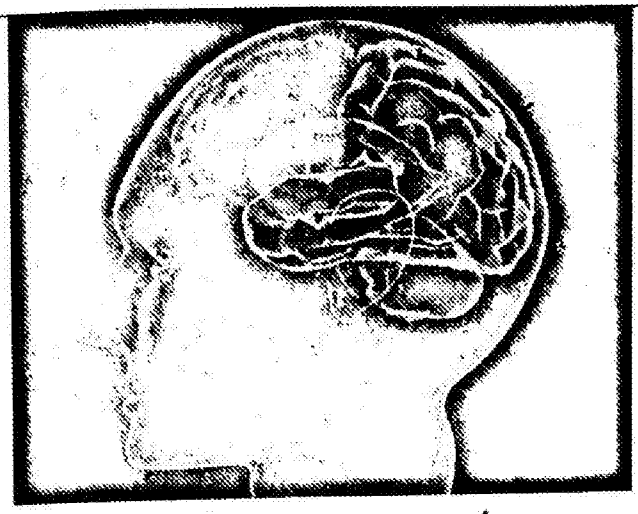
اضطرابات التفكير هي مشكلات مرتبطة بتنظيم الفرد للمعلومات أو الأفكار. ويصعب تحديد الأنشطة التي تتضمنها عملية التفكير بشكل دقيق بسبب عدم قدرتنا على ملاحظة عمليات التفكير ذاتها. فعملية التفكير تعتبر عملية داخلية تحدث داخل الفرد نفسه، ويصعب ملاحظتها من قبل الآخرين، ولكن يمكن الاستدلال على هذه العمليات من خلال نتائجها.

وفي إطار صعوبات التعلّم، يلاحظ أن هؤلاء الطلبة يظهرون سلوكات تشير إلى عدم استخدامهم لعمليات التفكير الفعّالة. ومن هذه السلوكات التّهور، وعدم القدرة على التركيز، والصعوبة في تركيز الانتباه واستمراريته، ومقاومة محاولة التفكير، وضعف مهارات التنظيم و التصنيف، والاعتمادية الزائدة على المعلم. وغالباً ما تعزى أشكال السلوك السابقة إلى الصعوبة التي يواجهها هؤلاء الطلبة في تشكيل المفاهيم، وملاحظة العلاقات بين الأشياء، أو الاستدلال، وحل المشكلات.

اضطرابات الذاكرة (Disorders of Memory)

تُعد اضطرابات الذاكرة واحدة من خصائص الطلبة ذوي صعوبات التعلّم. وتتعلق الذاكرة بالاحساسات والبيانات التي تم استقبالها وإدراكها. والذاكرة هي القدرة على تنظيم واستدعاء الخبرات الحسية السابقة والمدركات الحسية في حال غياب تلك المثيرات (مثلا: تذكر طعم الليمون بغياب وجود المثير أي الليمون).

Scanned by CamScanner



يعاني عدد كبير من الأطفال ذوي صعوبات التعلّم من مشكلات في الذاكرة العاملة

وللذاكرة ثلاث مراحل هي: الاستقبال، والتخزين والاسترجاع. أما نظام تخزين الذاكرة فيضم المسجلات الحسية والذاكرة قصيرة المدى، والذاكرة بعيدة المدى. وبالنسبة للطلبة ذوي صعوبات التعلّم فانهم عادة ما يتصفون بضعف الذاكرة وقد يواجهون مشكلات في أي مرحلة من مراحل الذاكرة (سواء في الاستقبال أو التخزين أو الاسترجاع). فالطالب قد لا يتذكر لأنه لم يستقبل المثير بوضوح (والاستقبال السيئ غالباً ما يكون مرتبطاً بعدم قدرة الطفل على الانتباه) أو قد يعاني من مشكلة في تخزين المعلومات أو في استرجاعها.

اضطرابات الانتباه (Attention Disorders)

يواجه بعض الأطفال ذوي صعوبات التعلّم صعوبات في الانتباه تتمثل في عدم القدرة على التركيز والبقاء على المهمة التي بين أيديهم. ويعطي هؤلاء الأطفال للآخرين انطباعاً بأنهم لا يستمعون لما يقال، ويتشتت انتباههم بسهولة ويقفزون من فكرة لأخرى ويتصف أداؤهم بالإهمال واللامبالاة. وقد يصاحب ضعف الانتباه نشاط زائد وهو حركات متواصلة غير هادفة لا تتناسب مع الموقف أو المهمة وتسبب

Scanned by CamScanner

الإزعاج للآخرين. كما قد يرافق هذا الاضطراب سلوك حيث أن الطفل يتصرف بطريقة متهورة ويواجه صعوبة في تنظيم العمل.

مشكلات الدافعية (Motivational Problems)

كثيراً ما يفتقر الطلبة ذوو صعوبات التعلّم للدافعية اللازمة لأداء المهمات الأكاديمية. وتعزو المراجع العلمية ذلك إلى خبرات الفشل الأكاديمي والإحباط المتكررة. وتهتم هذه المراجع بأسلوب هؤلاء الطلبة في تفسير أسباب النجاح أو الفشل الأكاديمي. وبوجه عام، يعزو هؤلاء الطلبة فشلهم ونجاحهم إلى أسباب خارجية (ولذلك يطلق عليهم اسم ذوي مركز ضبط خارجي). وبعد تكرار خبرات الفشل يتحول هؤلاء الطلبة إلى متعلمين سلبيين. وقد يتأثر مفهوم الذات لديهم أيضاً نتيجة لهذا الفشل المتكرر.

عسر القراءة (Dyslexia)

صعوبات القراءة هي أكثر الصعوبات الأكاديمية انتشاراً لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلّم. وهناك عدة عوامل قد تساهم في صعوبات القراءة وهي:

- العوامل الجسمية: مثل الخلل الوظيفي العصبي، والعيوب البصرية والسمعية، والعوامل الجينية والوراثية.
- العوامل البيئية: مثل المشكلات الاجتماعية والانفعالية، والاختلافات اللغوية والثقافية، وأساليب التدريس غير الملائمة.
- العوامل النفسية: كمشكلات الإدراك السمعي والبصري، اضطرابات اللغة، وضعف الانتباه والذكاء.

ومن أكثر مشكلات القراءة شيوعاً لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلّم ما يلي:

1. الأخطاء في التعرف على الكلمة مثل مشكلات الحذف والإدخال، والإبدال، وقلب الكلمات، واللفظ الخاطئ للكلمات.

Scanned by CamScanner

2. الأخطاء في الاستيعاب (مثل عدم قدرة الطالب على استدعاء الحقائق الأساسية من النص، أو استدعاء التسلسل في قصة ما، أو عدم قدرته على استدعاء الفكرة الأساسية من النص).
3. المشكلات التي تتعلق بعادات القراءة الخاطئة (كالحركات المتوترة أثناء القراءة، وفقدان الطالب لموقعه أثناء القراءة، أو إمساكه النص على مقربة من العين).
4. أعراض أخرى (القراءة كلمة – كلمة، القراءة بنبرة صوت عالية ومتوترة، والتوقف غير الملائم أثناء القراءة).

يعاني ما يزيد عن 70٪ من الاطفال ذوي صعوبات التعلّم من عسر القراءة

وعسر القراءة (الديسلكسيا) هو أحد أشكال صعوبات القراءة الشديدة. وهو اضطراب لغوي نمائي ومن خصائصه المميزة المشكلات في العمليات المتعلقة بالأصوات الكلامية. وينتقل هذا الاضطراب جينياً في معظم الحالات ويظهر عند الولادة ويستمر لدى الفرد طيلة فترة حياته. أما المشكلات في العمليات المتعلقة بالأصوات الكلامية (الفونولوجيا) فتتمثل في خزن رموز الأصوات الكلامية في

Scanned by CamScanner

الذاكرة واستدعائها وكذلك في إنتاج الكلام. ومن خصائص هذا الاضطراب بالنسبة للأطفال في عمر المدرسة المشكلات في فك الرموز وتهجئة الكلمات المكتوبة. وتقود هذه المشكلات بدورها إلى مشكلات في الاستيعاب القرائي والكتابة.

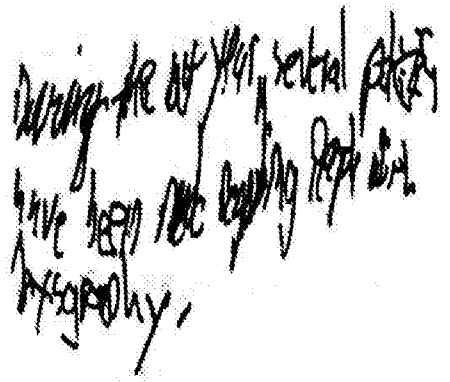
أمّا التربويون فانهم يميلون لاستخدام اصطلاح "صعوبات القراءة الشديدة" عوضاً عن اصطلاح (الديسلكسيا). فبالنسبة لهم، الديسلكسيا تعني صعوبة قراءة شديدة تظهر لدى الأفراد الذين يكون ذكاؤهم متوسطاً أو فوق المتوسط. والطلبة الذين يعانون من عسر القراءة يظهرون مشكلات في تعلم مكونات الكلمة والجملة. وقد يشير تاريخهم إلى تأخر في النمو اللغوي، وتظهر الغالبية العظمى منهم مشكلات في الكتابة والتهجئة.

ويظهر هؤلاء أيضاً مشكلات في تمييز الأحرف التي قد تبدو متشابهة، ولديهم مشكلة قلب الأحرف أو الأرقام. وتوصف قراءتهم بأنها بطيئة. ويصنف البعض مشكلات عسر القراءة إلى سمعية (أي عدم قدرة الفرد على فهم وإدراك أصوات اللغة المسموعة وعدم قدرته على ربط أصوات معينة مع رموزها المكتوبة) أو بصرية (وهم الأفراد غير القادرين على تفسير ما يرونه بشكل صحيح، فهم غير قادرين على ترجمة رموز اللغة إلى معنى).

عسر الكتابة (Dysgraphia)

يقصد بعسر الكتابة أن يكتب الطالب بطريقة سيئة أو ضعيفة جداً، أو عدم القدرة على أداء الحركات العضلية التي تتطلبها عملية الكتابة أو عملية النسخ سواء أكانت نسخ الأحرف أم نسخ الأشكال. وقد ينتج عسر الكتابة عن عدم قدرة الطالب على تحويل المدخلات البصرية التي يستقبلها إلى مخرجات تظهر على شكل حركة للعضلات الدقيقة اللازمة لعملية الكتابة.

Scanned by CamScanner



هناك أطفال ذكاؤهم طبيعي لكنهم لا يستطيعون أن ينقلوا أفكارهم من أدمغتهم إلى الأوراق.

ويرتبط عسر الكتابة على ما يبدو بالخلل الوظيفي العصبي. وقد يعكس عسر الكتابة جوانب عجز أخرى لدى الفرد منها:

- ضعف المهارات الحركية.
- الإدراك البصري الخاطئ للأحرف والكلمات.
- مشكلات في تذكر الانطباعات البصرية ومشكلات في القدرة على المحافظة عليها.

الصعوبات اللغوية (Language Difficulties)

قد يواجه الطلبة ذوو صعوبات التعلّم مشكلات كبيرة في النمو اللغوي. فقد يكون لديهم صعوبات في الاستقبال اللغوي (Receptive Language Difficulties) أي في الاصغاء أو في فهم ما يقوله الآخرون. وهم قد يتمكنون من سماع كلام الآخرين ولكنهم لا يفهمون معناه، وتسمى هذه الحالة بالحبسة الاستقبالية. وقد يواجه الطلبة الذين يعانون من صعوبات في اللغة الاستقبالية مشكلات في أي من المهارات الفرعية للغة الاستقبالية، فهم قد لا يستطيعون تمييز النغمات، أو تمييز أصوات الآخرين المفردة، أو التمييز بين أجزاء الكلمة. وقد يفهم الطالب الذي يعاني من صعوبات في اللغة الاستقبالية معنى الكلمات المفردة ولكنه يواجه صعوبة في فهم

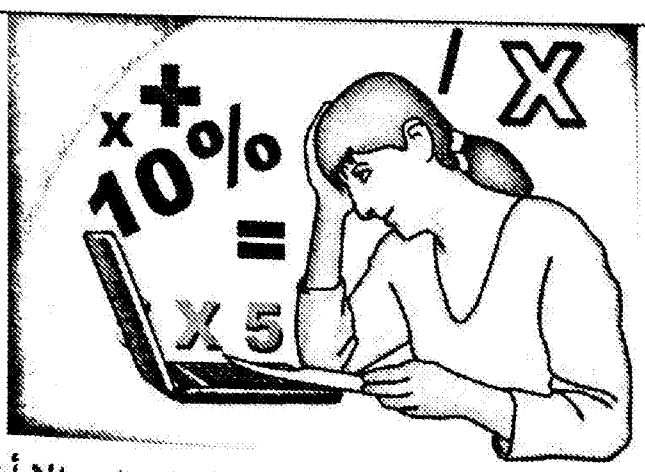
Scanned by CamScanner

الجمل التي تشمل تلك الكلمات. ومن صفات هؤلاء الطلبة أيضاً وجود صعوبة في اتباعهم التعليمات والأوامر، وفي تعلّم معنى أجزاء معينة من الكلام مثل حروف الجر والصفات، وكذلك في فهم المعاني المتعددة للكلمة نفسها.

وقد يكون لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلّم صعوبات في التعبير اللغوي (Expressive Language Disabilities) أي في النظام الصوتي الذي يستخدمه المتحدث للتواصل مع الآخرين. ويسمى الاضطراب في هذا الجانب الحبسة التعبيرية (Expressive Aphasia). فقد تجنب الطفل المشاركة في الأنشطة اللفظية، وقد لا يستطيع التعبير عن نفسه باستخدام النطق والكلام.

عسر الحساب (Dyscalculia)

عسر الحساب هو صعوبة شديدة في تعلّم الرياضيات ترتبط باضطراب إدراكي يعيق التعلّم الكمي. فقد يكون الطفل غير قادر على القيام بالوظائف الرياضية، أو إجراء العمليات الرياضية الرمزية. وترتبط هذه الحالة بالخلل الدماغي الوظيفي البسيط. وقد يعاني الطلبة الذين لديهم عسر تعلم الحساب من صعوبات مختلفة تتعلق بالإدراك البصري والعلاقات الفراغية ومعرفة الوقت والاتجاهات.



مع أن تعريف صعوبات التعلّم يشمل عسر الرياضيات إلا أن الأطفال نادراً ما يتم إحالتهم للمتخصصين بسبب مشكلات الرياضيات. وبوجه عام، تركز برامج التعليم العلاجي والتربية الخاصة على مشكلات القراءة.

Scanned by CamScanner

اضطرابات التهجئة (Disorders of Spelling)

هناك مجموعة من العوامل التي تساهم في صعوبات التهجئة مثل العجز البصري والسمعي، العوامل البيئية (كعدم ملاءمة طرق التدريس)، واستخدام التلميحات المتعلقة بأصوات الكلام، ومشكلات الذاكرة البصرية، والعجز في الإدراك، ومشكلات الكلام والنطق. ومن الاقتراحات العلاجية لصعوبات التهجئة استخدام التدريس الفردي عند تعليم هذه المهارة، واستخدام المنحى متعدد الحواس وتطوير مهارات التصور في عملية التهجئة (الذاكرة البصرية).

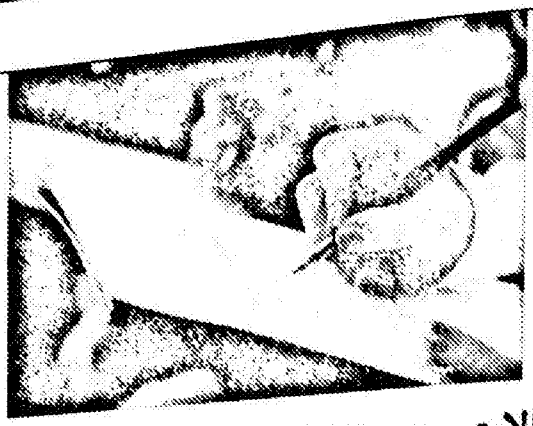
صعوبات التعلم غير اللفظية

تظهر صعوبات التعلّم غير اللفظية (Nonverbal Learning Disabilities) على هيئة حركات خرقاء (ضعف في التآزر)، أو ضعف في المهارات البصرية الفراغية، أو مشكلات في العلاقات الاجتماعية، أو ضعف في مهارات التنظيم. وغالباً ما يكون أداء الأطفال الذين لديهم هذا النوع من صعوبات التعلّم مقبولاً من الناحية اللفظية.

تشخيص صعوبات التعلّم

غالباً ما يتم تشخيص صعوبات التعلّم عندما يدخل الأطفال المدرسة. والسبب واضح وهو أن المدرسة تركز على الأشياء التي يواجه الطفل صعوبات فيها (القراءة، والكتابة، والحساب، الخ). وتشخيص صعوبات التعلّم ليس عملية سهلة ويجب أن يقوم بها متخصصون ذوو خبرة. وقد لا يكون الوصول إلى مثل هؤلاء المتخصصين في دولنا العربية أمراً يسيراً.

Scanned by CamScanner



في معظم الحالات يتم تشخيص صعوبات التعلّم في المرحلة الأساسية الدنيا ولكن التشخيص قد يتأخر كثيراً في بعض الحالات.

وتشخيص صعوبات التعلّم عملية قد تستغرق الوقت وقد يشارك فيها عدد من المتخصصين منهم:

- اختصاصي قياس نفسي
- اختصاصي علم نفس عيادي
- اختصاصي أعصاب
- اختصاصي علاج وظيفي
- اختصاصي اضطرابات كلام ولغة

ولتشخيص حالات صعوبات التعلّم وتمييزها عن غيرها من الاضطرابات، تستخدم ثلاثة معايير رئيسية هي:

1. معيار الاستثناء (Exclusion Criterion): ويقصد به أن تعريف صعوبات التعلّم يستثني المشكلات التعلّمية التي تنتج أساساً عن الإعاقات البصرية أو السمعية أو الحركية أو الإعاقة العقلية أو الاضطراب الانفعالي أو مشكلات التعلّم الناتجة عن الظروف البيئية أو الثقافية أو الاقتصادية. وبمعنى آخر فإن معيار الاستثناء يحاول أن يفصل بين المشكلات التعلّمية الناتجة عن صعوبات التعلّم والمشكلات

Scanned by CamScanner

التعلّمية الناتجة أو المرتبطة أساساً بالإعاقات الاخرى كالسمعية أو البصرية أو الإعاقة العقلية، إلخ.

2. معيار التباين (Discrepancy Criterion): يقصد بالتباين في هذا السياق الاختلاف الكبير(الشديد) بين قدرات الفرد العقلية (الذكاء) وبين أدائه الأكاديمي. ويمكن أن يظهر التباين بين قدرة الفرد وتحصيله في جانب أو أكثر من الجوانب الأكاديمية (قراءة، كتابة، حساب، إلخ). ويعتبر عامل التباين عاملاً مهماً في التعرّف إلى الطلبة ذوي صعوبات التعلّم. ولاستخراج قيمة التباين هذه وتحديدها يتم في العادة تطبيق اختبارات الذكاء (لقياس القدرة العقلية) وكذلك اختبارات التحصيل المقننة (لقياس التحصيل) ومن ثم تتم مقارنة العلامات المعيارية المستخرجة من اختبارات الذكاء واختبارات التحصيل المقننة لتحديد قيمة التباين أو الاختلاف بينهما. ويسمّى هذا الأسلوب بمقارنة العلامات المعيارية ويعد هذا الإجراء الأكثر استخداماً لاستخراج قيمة التباين. وهناك أساليب أخرى لتحديد قيمة التباين منها أسلوب تحليل الانحدار وهو أسلوب إحصائي وأسلوب الانحراف عن المستوى الصفي والذي يقدر بأن هناك تبايناً كبيراً إذا كان أداء الفرد الفعلي أقل من صفه الحالي بصفين دراسيين.

3. معيار التربية الخاصة (Special Education Criterion) وهذا المعيار يعني بأن هؤلاء الطلبة بحاجة إلى خدمات التربية الخاصة للتغلب على مشكلاتهم، وذلك بسبب عدم امكانية إفادتهم من طرائق التدريس والمواد التعليمية التي تلائم الطلبة العاديين.

أسس تعليم الأطفال ذوي صعوبات التعلم

ليس هناك شفاء من صعوبات التعلّم فهي تبقى طول العمر. ولكن يمكن مساعدة الأطفال على تجاوز القيود التي تفرضها صعوبات التعلّم وبالتالي عيش حياة ناجحة. والتربية الخاصة هي أكثر الأساليب استخداماً لمساعدة الأطفال على تجاوز

Scanned by CamScanner

صعوبات التعلّم الموجودة لديهم. وليس هناك طريقة واحدة لتدريب وتعليم هؤلاء الأطفال. لكن المنحى العام المتبع هو تقييم النمو الأكاديمي والوظيفي للأطفال ومن ثم تعزيز أوجه القوة في أدائهم من جهة وتنفيذ برامج علاجية تصحيحية أو برامج تعويضية لدعمهم وتمكينهم من تجاوز أوجه الضعف الموجودة لديهم. وغالباً ما تركز هذه البرامج على:

- تكييف التدريس بما يتلاءم والخصائص الفردية للطالب
- التدريس المباشر المنظم
- تعديل البيئة التعليمية
- استخدام أدوات ومعدات خاصة
- دعم الطلبة في غرف المصادر
- تعليم الطالب من خلال مواطن القوة لديه ليحصل على الخبرات التعلّمية الناجحة، فإذا كان الطفل من أصحاب النمط التعلّمي البصري، يجب أن نستخدم عناصر بصرية في تعليمه.
- تجنب اسستخدام النشاطات التي تتطلب من الطالب استخدام مواطن العجز لديه وذلك من أجل أن لا يفشل بشكل متكرر، فإذا كان الطالب عاجزاً عن كتابة الواجب دع يقرأه شفوياً.
- التركيز على مواطن الضعف بعد تحقيق نمط من النجاح.
- تعريف وتحديد المفاهيم التي سيتعلمها الطالب بدقة من أجل عدم إرباكه.
- تحديد أهداف قصيرة المدى قابلة للتحقيق لتطوير ثقة الطالب بنفسه وتنمية قدراته.

Scanned by CamScanner

من الأفضل اكتشاف صعوبات التعلّم مبكراً والبدء بمعالجتها دون تأخير

ومن الأساليب المستخدمة على نطاق واسع والتي بينت الدراسات العلمية في معالجة صعوبات التعلّم أسليب التحليل السلوكي التطبيقي (Applied Behavior Analysis). ويركز التحليل السلوكي التطبيقي على تشكيل وتدعيم السلوكيات التكيفية والمهارات الأكاديمية والوظيفية من جهة واضعاف أو ايقاف السلوكيات غير التكيفية والمهارات غير الوظيفية من جهة أخرى. ويشتمل التحليل السلوكي التطبيقي على التطبيق العملي المنظم لمبادئ علم النفس السلوكي بهدف تغيير السلوك في البيئة الطبيعية التي يحدث فيها. ولعل أهم ما يميز تعديل السلوك تركيزه على دراسة السلوك القابل للملاحظة المباشرة، والتحليل الوظيفي للسلوك، والدعم السلوكي الإيجابي (Alberto & Troutman, 2012).

كما أن تدريب الاستراتيجيات المعرفية (Cognitive Strategy Instruction) والذي يركز على اتساق التدريس مع كيفية تفكير الطالب أثناء تعلمه المهمات من الأساليب التي تحظى باهتمام واسع في أدبيات صعوبات التعلّم. ويعتقد مؤيدو هذا المنحى بأن فهم ما يدور في ذهن الطالب داخلياً يستحق الاهتمام ذاته الذي نعطيه لفهم العوامل الخارجية التي تؤثر على عملية التعلّم. ومن المضامين المهمة للاتجاه المعرفي في التدريس ضرورة أن يكون التدريس معتمداً على فهم التفاعل ما بين استقبال الطالب للمثيرات وتفسيره لها. ولذا فان من واجب المعلّم وضع فرضيات حول الطريقة التي يتعرف بها الطالب على المعلومات وتفسيره لها وتنظيمه إياها وتطبيقه لها.

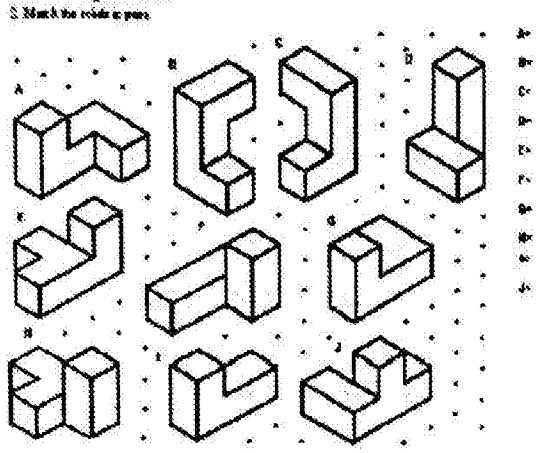
Scanned by CamScanner

ويركز الاتجاه المعرفي الحديث في تعليم الطلبة ذوي صعوبات التعلّم على معالجة ما يعرف بالعمليات ما وراء المعرفية (Metacognition) والتي يقصد بها وعي الفرد لتفكيره حول التعلّم وكذلك على طريقة الفرد في معالجة المعلومات، بمعنى أن هذا الاتجاه يسعى لتعليم الفرد كيف يفهم بصورة أفضل العمليات المعرفية الخاصة به. ويشجع هذا الاتجاه الطلبة كي يتبنوا أسلوب حل المشكلات. ويركز التدريس المعرفي على زيادة وعي الفرد لمتطلبات المهمات، واستخدام الاستراتيجيات المعرفية المناسبة ومراقبة الفرد مدى نجاح الاستراتيجية المستخدمة. وقد استخدم التعليم المعرفي وطبق في عدة موضوعات أكاديمية كالاستعداد القرائي والرياضيات والتعبير الكتابي ومهارات الذاكرة.

ومن الأساليب المستخدمة في القراءة العلاجية أسلوب فيرنالد (Fernald's Method). وفي هذا الأسلوب، يتم استخدام وتوظيف حواس عدة هي (البصرية، والسمعية، واللمسية، والإحساس بالحركة). ويعتمد فيرنالد في أسلوبه على تعليم الكلمة ككل. كما يعدّ أسلوب جلنجهام (Gillingham's Method) من الأساليب شائعة الاستخدام في القراءة العلاجية. ويعتمد هذا الأسلوب في تعليم القراءة على الطريقة الصوتية حتى تركز النشاطات الأولية فيه على تعليم الطلبة أصوات الحروف ومزج المقاطع. وهو برنامج عالي التنظيم ويستغرق تنفيذه وقتاً طويلاً نسبياً. أما أسلوب كيفارت (Kephart's Method) فهو يقوم على افتراض أن النمو الادراكي الحركي الطبيعي يساعد في تأسيس مفاهيم صلبة وثابتة. لذلك عمل كيفارت على تطوير برنامج مكثف لتدريب المهارات الادراكية الحركية ويتضمن هذا البرنامج العناصر الرئيسة التالية: الوضع الجسمي، والتوازن، والقصور الجسمي، وإدراك الاتجاهات.

ومن البرامج التي تستخدم منذ سنين لمعالجة صعوبات التعلّم هو برنامج فروستج للإدراك البصري (Frostig's Visual Perception Program). ويقوم برنامج فروستج على افتراض مفاده أن معالجة صعوبات التعلّم يتطلب بالضرورة معالجة الاضطرابات الادراكية التي تسببها.

Scanned by CamScanner



لقد توصلت البحوث العلمية إلى نتائج متناقضة حول فاعلية برنامج فروستج لتطوير الإدراك البصري

أما برامج التدريب النفس لغوي (Psycholinguistic Training) فقد انبثقت عن اختبار الينوي للقدرات النفس لغوية، والذي طوّره كيرك ومكارثي في بداية الستينات. واعتمدت هذه البرامج أساساً على فكرة أن الطلبة ذوي صعوبات التعلّم لديهم جوانب قوة وضعف في القنوات الحسية، وأن عملية التعليم يجب أن تأخذ بعين الاعتبار القنوات الحسية التي يستخدمها الطالب عند التخطيط للتدريس.

وقد يشارك متخصصون في العلاج النطقي في تدريب الأطفال ذوي صعوبات التعلّم. وقد تنفذ برامج تدخل نفسي لبعض الأطفال. كما أن الأطباء قد يقررون إعطاء الطفل بعض العقاقير الطبية لتحسين عمليات الانتباه والتركيز لديه.

Scanned by CamScanner

المراجع

الروسان، فاروق، الناطور، ميادة، الخطيب، جمال (2004). مقدمة في صعوبات التعلم. الجامعة العربية المفتوحة.

Garguilo, (2010). *Special Education in Contemporary Society: An Introduction to Exceptionality*. Sage Publications, Inc.

Hallahan, D., Kauffman, J., & Lloyd, J. (1998). *Introduction to learning disabilities* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

http://www.ldonline.org/about/partners/njcld/archives (1990). *Learning disabilities: Issues on definition.*

Shonkoff, J., & Phillips, D. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Communicating and learning* (pp. 124–162). Washington DC: National Academy of Sciences.

U.S. Department of Education (2002) . *Twenty-fourth Annual Report to Congress.*

Scanned by CamScanner

الفصل السادس

الإعاقة السمعيّة

Scanned by CamScanner

مقدمة

من منظور تاريخي، يعدّ تعليم الصم وضعاف السمع أحد أقدم مجالات التربية الخاصة. وتميز تاريخ هذا المجال بجدل مستمر بشأن أفضل الطرق في تعليمهم حيث انقسم الممارسون إلى فريقين، فريق يتبنى تعليم اللغة المنطوقة للطلبة الصم وفريق آخر ينادي باستخدام لغة الإشارة. وفي حين أن المربين قد يختلفون حول أساليب التدريس، فإنهم جميعاً يتفقون على أن تطور اللغة هو بمثابة القلب بالنسبة للاحتياجات التعليمية لهؤلاء الأطفال.

وتحرص دول عديدة على توفير سلسلة متصلة من البرامج التعليمية المصممة لتلبية احتياجات الطلبة الصم وضعاف السمع. فالقدرات العقلية لهؤلاء الطلبة تشبه من حيث نطاقها تلك الموجودة لدى أقرانهم السامعين والتي تتراوح بين التفوق العقلي والإعاقة العقلية. وعلى ضوء ذلك فقد يحتاج الطالب الأصم الحد الأدنى من الدعم في التعليم في الفصول الدراسية وباستخدام المناهج الدراسية العادية وقد يحتاج إلى تعليم مكثف ومباشر من خلال نموذج التواصل الذي يستخدمه.

وفي العقود الأخيرة وفرت التكنولوجيا الحديثة ممثلة بأجهزة الكمبيوتر والإنترنت، والمعينات السمعية الرقمية، والاجهزة والأدوات المساعدة على الاستماع، وزراعة القوقعة المزيد من الفرص لتطوير مهارات الاستماع والكلام لدى الطلبة الصم وضعاف السمع. وقد فتحت هذه التكنولوجيا العديد من الأبواب أمام هؤلاء الطلبة للوصول إلى مصادر المعلومات.

إلا أنه ليس هناك جهاز واحد، أو مناهج دراسية أو لغة أو طريقة تواصل موحدة لتعليم الطلبة الصم وضعاف السمع فذلك مله يعتمد على الاحتياجات والخصائص الفردية للطالب. ويناقش هذا الفصل أهم العوامل التي يتقرر على ضوئها موصفات البرامج التعليمية المناسبة لهؤلاء الطلبة.

Scanned by CamScanner

الجدول (6-1): بعض الاعتقادات الخاطئة الشائعة عن الصم وضعاف السمع

1. كل الأشخاص المعوقين سمعياً يستخدمون لغة الإشارة.
2. لا يستطيع الأشخاص المعوقون سمعياً قيادة السيارة.
3. كل أنواع الضعف السمعي يمكن معالجتها بالمعينات السمعية أو بزراعة القوقعة.
4. كل الأشخاص المعوقين سمعياً يتمنون لو كان سمعهم طبيعياً.
5. لا يستطيع الأشخاص المعوقون سمعياً استخدام الهاتف.
6. كل الأشخاص المعوقين سمعياً يستطيعون قراءة الشفاه.
7. معظم آباء الأطفال المعوقين سمعياً لديهم إعاقة سمعية.
8. الضعف السمعي يحدث لدى كبار السن فقط.
9. كل حالات الضعف السمعي يمكن تصحيحها بالجراحة.
10. كل الأشخاص الصم البكم لا يستطيعون الكلام.
11. الأشخاص المعوقون سمعياً أقل ذكاء من الأشخاص السامعين.
12. المعينات السمعية تجعل السمع عادياً.
13. يجب أن نرفع صوتنا عندما نتحدث مع شخص معوق سمعياً.
14. لغة الإشارة هي لغة عالمية.

تعريف الإعاقة السمعية وتصنيفها

الإعاقة السمعية (Hearing Impairment) هي فقدان سمعي يمنع الشخص من استقبال الأصوات من خلال الأذن. إنها مستويات من الفقدان تتراوح بين البسيطة والشديدة جداً مما يجعل الشخص يفقد الحساسية للأصوات الصادرة ضمن المدى الطبيعي لترددات الكلام. وفقدان السمع (Hearing Loss) هو أن تنخفض حساسية

Scanned by CamScanner

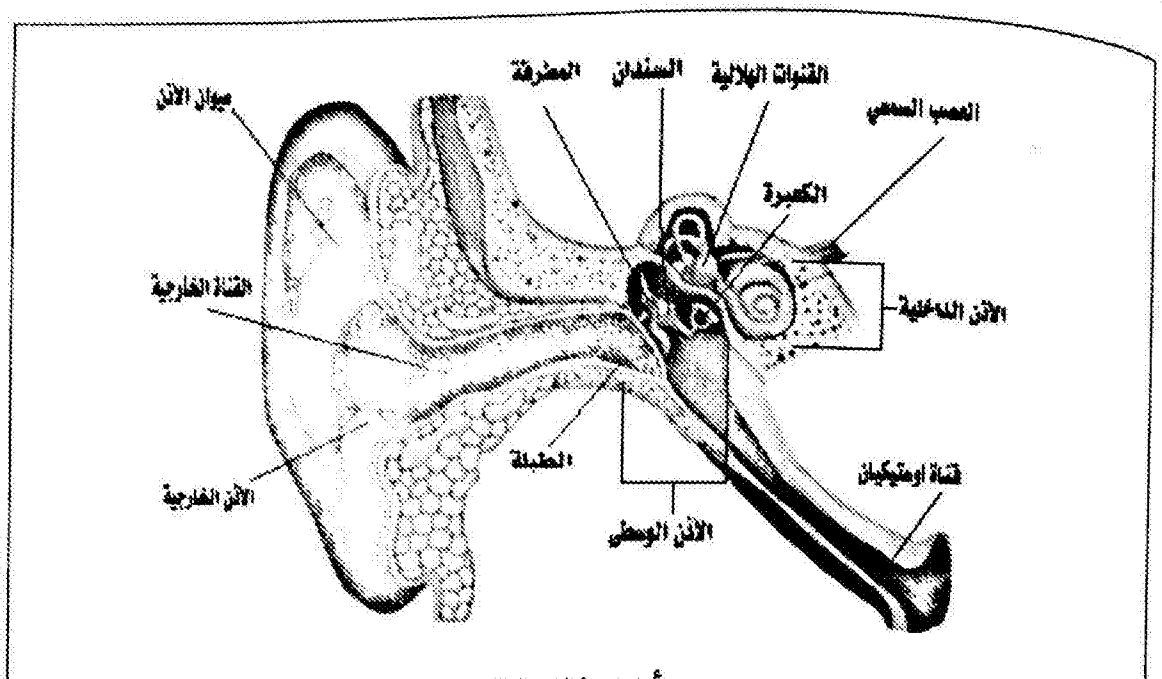
الأذن للأصوات التي تسمع عادة. وتصنف شدة فقدان السمع وفقاً لمستوى الزيادة في شدة الصوت فوق المستوى الاعتيادي لكي يتمكن الشخص من اكتشافه. والصمم (Deafness) هو أن يكون السمع ضعيفاً لدرجة أن الشخص لا يستطيع فهم الكلام من خلال السمع حتى لو استخدم وسيلة ما لتضخيم الصوت.

وقد جرت العادة أن يصنف الفقدان السمعي حسب الجزء المتأثر في الجهاز السمعي إلى ثلاث فئات هي:

1. الفقدان السمعي التوصيلي (Conductive Hearing Loss) عندما يكون الخلل في الأذن الخارجية أو الوسطى. ويقل مستوى الفقدان السمعي في هذه الفئة عن (60) ديسبل، وهي حالات قابلة للمعالجة الطبية أو الجراحية وتستجيب لأجهزة تضخيم الصوت لأن الأجزاء الأخرى في الجهاز السمعي تكون عادية.
2. الفقدان السمعي الحسي العصبي (Sensorineural Hearing Loss) عندما يكون الخلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي. وفي هذه الحالات لا تكون أجهزة تضخيم الصوت (المعينات السمعية ووحدات التدريب السمعي) مفيدة. ولا يستفيد الشخص من الجراحة أو العقاقير الطبية.
3. الفقدان السمعي المختلط (Mixed Hearing Loss) عندما يكون لدى الشخص نفسه أكثر من نوع واحد من الفقدان السمعي. ويعاني الشخص في هذه الحالة من ضعف في كل من حدة السمع ومعالجة المعلومات السمعية. ولهذا فإن المعينات السمعية تكون مفيدة للبعض وغير مفيدة للآخرين.

وتضيف بعض المراجع فئة رابعة هي الفقدان السمعي المركزي (Central Hearing Loss) عندما يكون الخلل في المراكز الدماغية العليا المسؤولة عن معالجة المعلومات السمعية.

Scanned by CamScanner



أذن الإنسان

كما تصنف الإعاقة السمعية اعتماداً على قدرة الشخص على سمع الأصوات المرتبطة بالكلام ضمن مستويات متباينة من الشدة (التي يتم قياسها بالديسيبل) والترددات (التي يتم قياسها بالهيرتز) إلى بسيطة (25 -40 ديسبل)، ومتوسطة (40 – 65 ديسبل)، وشديدة (65 – 90 ديسبل)، وبالغة أو شديدة جداً (أكثر من 90 ديسبل). ويعتبر الأشخاص الذين لديهم المستويات الثلاثة الأولى من الفقدان السمعي أشخاصاً ضعاف السمع (Hard –of-Hearing) في حين يعتبر الشخص الذي لديه إعاقة سمعية شديدة جداً أي أن الفقدان السمعي لديه يزيد عن 90 ديسيبل شخصاً أصماً (Deaf).

نسبة انتشار الإعاقة السمعية

يؤثر الفقدان السمعي على ما يقرب من 10٪ من مجموع السكان في أي بلد، لكن نسبة كبيرة من حالات الفقدان السمعي يتم تجاوزها ولا يترتب عليها إعاقة سمعية. وفي عام 2004، زاد عدد الأشخاص الذين لديهم ضعف سمعي متوسط إلى شديد عن 275 مليون شخص على مستوى العالم، 80٪ منهم في البلدان منخفضة

Scanned by CamScanner

ومتوسطة الدخل. وتقدّر نسبة انتشار الإعاقة السمعية ب 3 من كل 1000 في الدول المتقدمة و 6 من كل 1000 في الدول النامية (Elzouki, 2012).

وقدّمت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2012) الحقائق التالية عن الإعاقة السمعية في العالم:

- نصف حالات الصمم وضعف السمع كان من الممكن تجنبها من خلال الوقاية الأولية.
- يمكن علاج نسبة كبيرة من حالات الصمم وضعف السمع من خلال التشخيص المبكر والعلاجات المناسبة.
- يمكن معالجة كثير من حالات فقدان السمع طبياً أو جراحياً أو من خلال أجهزة مثل المعينات السمعية وزراعة القوقعة.
- لا تلبّي المعينات السمعية المنتجة أكثر من 10٪ من الاحتياجات العالمية. وفي البلدان النامية، فإن واحداً فقط من أصل 40 شخصاً يحتاجون إلى معينات سمعية لديه واحدة.

وتفيد الجمعية الأمريكية للكلام واللغة والسمع (American Speech-Language-Hearing Association) في تقرير لها منشور على شبكة الانترنت بدون تاريخ بأن 12 ألف طفل معوق سمعياً يولدون سنوياً في الولايات المتحدة. وعلى ضوء هذه الأعداد المرتفعة فرضت ولايات كثيرة قياس سمع كل حديثي الولادة.

أسباب الإعاقة السمعية

تصنف منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2012) أسباب الصمم والضعف السمعي إلى: (أ) أسباب خلقية أو ولادية حيث يولد الطفل ولديه إعاقة سمعية أو أن الإعاقة السمعية تحدث لديه بعد الولادة بفترة وجيزة، (ب) أسباب مكتسبة وهي عوامل تؤدي إلى الإعاقة السمعية في أي عمر.

Scanned by CamScanner

وتشمل الأسباب الخلقية:

1. العوامل الوراثية حيث يورث فقدان السمع من أحد الوالدين. فإذا كان أحد الوالدين أو كلاهما أو أحد الأقارب من الدرجة الأولى لديه صمم، ازدادت احتمالات أن يولد الطفل أصماً. وقد ينتقل ضعف السمع كصفة متنحية أو كصفة سائدة.
2. مشكلات أثناء الحمل والولادة. وهذه تشمل:
   - انخفاض وزن الطفل عند الولادة.
   - الاختناق أثناء الولادة أو الظروف أثناء الولادة التي تعرّض الطفل لنقص الأوكسجين.
   - الحصبة الألمانية، والزهري أو غيرهما من أنواع العدوى للمرأة خلال فترة الحمل.
   - الاستخدام غير الملائم للعقاقير السامة خلال فترة الحمل (وهي مجموعة من أكثر من 130 دواء، مثل المضاد الحيوي جنتاميسين).
   - اليرقان (الاصفرار) الشديد، الذي قد يلحق الضرر بالعصب السمعي لدى الوليد.

ومن أهم الأسباب المكتسبة للإعاقة السمعية:

1. الأمراض المعدية مثل الحصبة والتهاب السحايا والنكاف، خصوصاً في مرحلة الطفولة.
2. التهابات الأذن المزمنة، والتي تظهر عادة على شكل إفرازات في الأذن.
3. استخدام العقاقير السامة في أي سن، بما في ذلك بعض المضادات الحيوية والأدوية المضادة للملاريا، حيث أنها قد تضر بالأذن الداخلية.
4. إصابات الرأس أو إصابات الأذن.

Scanned by CamScanner

5. الأصوات العالية مثل تلك التي تسمع في المطارات والطرق السريعة، والضوضاء المفرطة، بما في ذلك العمل مع آلات ذات أصوات صاخبة، وآلات الموسيقى الصاخبة أو سمع أصوات عالية أخرى، مثل دوي الأسلحة أو الانفجارات، إلى إلحاق أضرار بالأذن الداخلية وإضعاف القدرة السمعية.
6. التقدم في السن، فقد يحدث تدهور في مستويات السمع بسبب الشيخوخة. فالإنسان يفقد بشكل تدريجي القدرة على سمع الأصوات ذات الترددات العالية. لكن هذا الضعف السمعي المعروف ب "وقر الشيخوخة" لا يؤثر على قدرة الشخص على فهم المحادثة العادية إلا بعد التقدم الكبير في السن.
7. شمع الأذن أو الأجسام الغريبة التي تسد قناة الأذن. ومثل هذا الفقدان السمعي يكون خفيفاً في العادة ويمكن تصحيحه بسهولة.
8. الاضطرابات العصبية كالتصلب المتعدد والسكتة الدماغية.
9. المواد الكيماوية مثل الرصاص والزئبق والمبيدات.

الشعار الدولي للصم

تشخيص وتقييم الإعاقة السمعية

إضافة إلى دور أولياء الأمور في تحويل أطفالهم الذين يشتبهون بوجود ضعف سمعي لديهم للأطباء المتخصصين، يجب على المدارس المشاركة في تحديد وتقييم جميع الأطفال المشتبه بوجود ضعف في سمعهم والذين قد يحتاجون إلى تعليم

Scanned by CamScanner

متخصص. ويجب على كل مدرسة أن تنفذ برامج سنوية لفحص السمع من أجل تحديد هؤلاء الأطفال واتخاذ القرارات المناسبة لدعمهم مبكراً. وينبغي إجراء فحص السمع تحت إشراف متخصصين في القياس السمعي، لكن ذلك لا يمنع الاستعانة بمتطوعين لهذا الغرض.

إذا لم يكتشف الفقدان السمعي مبكراً، فقد يخسر الطفل فرصاً مهمة لتعلّم المهارات اللغوية والتواصلية.

ويجب تحويل الأطفال الذين يشتبه بوجود ضعف سمعي لديهم إلى طبيب متخصص أو أخصائي سمع لاختبار سمعهم وتشخيص حالتهم رسمياً. وقد يستخدم أخصائي السمعيات أو الطبيب مجموعة متنوعة من الاختبارات ومقاييس التوصيل العظمي والتوصيل الهوائي لتقييم سمع الطفل في كل أذن. وقد تستخدم أساليب أخرى لتقييم إدراك الطفل وتمييزه للكلام (Tennessee Department of Education, 2009).

Scanned by CamScanner

متخصصة في قياس السمع تختبر سمع أحد الأشخاص باستخدام جهاز قياس السمع في غرفة عازلة للصوت. وأجهزة قياس السمع (Audiometers) التي تتوفر حالياً هي أجهزة الكترونية تصدر أصواتاً من مستويات مختلفة من الشدة والتردد يمكن بوساطتها تحديد القدرة السمعية للشخص في كل أذن على حده. وينقل الجزء الخاص بالاستقبال النغمات النقية إلى أذن المفحوص إما بالتوصيل الهوائي أو العظمي. ويتم تمثيل النتائج بيانياً على نموذج خاص. ويتكون الجهاز من أربعة أجزاء هي: (1) الجزء المصدر للأصوات، (2) الجزء الخاص بإختيار الترددات، (3) الجزء الخاص بتغيير الترددات، (د) الجزء الخاص بالاستقبال.

ويجب أيضاً تقييم الأداء اللغوي والكلامي للطفل، وذلك يمكن عمله باستخدام اختبارات تقيس مهارات النطق، والإدراك السمعي، والتمييز السمعي، والتطور اللغوي، وما إلى ذلك. كذلك يجب تطبيق مجموعة من الاختبارات الرسمية وغير الرسمية لتقييم الأداء والتحصيل الأكاديمي للطالب. ومن الأبعاد الأخرى المهمة التي يجب أن تشملها عملية التقييم البعد النفسي. ويتم ذلك بتطبيق اختبارات الذكاء التي يجب أن تكون غير لفظية، واختبارات الشخصية المناسبة.

Scanned by CamScanner

خصائص الطلبة الصم وضعاف السمع

لا تؤثر الإعاقة السمعية على القدرة على السمع فقط لكنها قد تؤثر على تطور لغة الشخص وكلامه، ومهاراته الاجتماعية، ونموه النفسي الانفعالي. فمع أن ضعف السمع لا يعني بالضرورة أن الطفل سوف تتطور لديه مشاكل نفسية، إلا أن تفاعل ضعف السمع مع عدد من العوامل البيئية يجعل كثيراً من الأشخاص الصم وضعاف السمع يعانون من العزلة الاجتماعية ومن مشكلات نفسية وأحياناً اضطرابات سلوكية وانفعالية مثل الاكتئاب (Cheour, 2011).

وقد يتعذر على هؤلاء الأطفال التواصل لأنهم لا يستطيعون فهم أو تقليد اللغة المحكية. وإذا تم تشخيص الفقدان السمعي ومعالجته في وقت مبكر، فان الأطفال الذين تأخروا في الكلام قد يتجاوزن ذلك ويلحقون نسبياً بأقرانهم. وبالرغم من ذلك، فان هؤلاء الأطفال يواجهون صعوبات بالغة في التواصل والتحدث بشكل طبيعي. كذلك فهم قد يستجيبون بشكل غير لائق للأسئلة أو يواجهون صعوبات في التعبير عن أنفسهم. كذلك قد يكون صوت الطفل غريباً، وقد يواجه صوبات في النطق (Russo, 2011).

وكما تبين شور (Cheour, 2011) يتعلم الطفل الذي يسمع اللغة من شخص يتكلم. لكن الأطفال الصم وضعاف السمع، من ناحية أخرى، عادة ما يكون آباؤهم وأمهاتهم ذوي سمع عادي ولا يعرفون لغة الإشارة. وبالتالي، يضطر الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع إلى تعلم لغة الإشارة من أشخاص لا يعرفونها جيداً. علاوة على ذلك، قد لا يتم اكتشاف العجز في السمع قبل مضي بعض الوقت وهذا يعني أن اكتساب الطفل اللغة يبدأ في وقت لاحق في الحياة. وليس من المستغرب أن الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع يتأخر تطورهم اللغوي في كثير من الأحيان. فالأطفال الذين يعانون من فقدان السمع تتطور مفرداتهم ببطء أكثر ويواجهون صعوبة في تعلّم قواعد اللغة. كذلك يستغرق الأطفال الصم وضعاف السمع وقتاً أطول من المعتاد لتعلّم القراءة والكتابة.

Scanned by CamScanner

وقد يعاني الأطفال الصم أو ضعاف السمع من العزلة الاجتماعية، وهذا قد يكون جزئياً بسبب تأخر تطورهم اللغوي. كذلك فإن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة في التقاط الاشارات السمعية الاجتماعية. وبالرغم من ذلك، فالطفل الذي يشعر أنه جزء من مجتمع أو ثقافة الصم وضعاف السمع أقل عرضة للشعور بالعزلة اجتماعياً.

وتضيف شور (Cheour, 2011) أن الطفل الأصم أو ضعيف السمع يكون في حالة خطر أكبر من غيره للمعاناة من بعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية كالاكتئاب مثلاً. فهم قد يراقبون أقرانهم عن كثب لمحاكاة سلوكهم ولغتهم الجسدية. كذلك قد يبدو الأطفال ضعاف السمع مشوشين. وأخيراً فإن المشاكل الأكاديمية والتهيج أيضاً من الأعراض الشائعة لفقدان السمع لدى الأطفال. ومن جهة أخرى، فان نسبة منهم تعاني من الاكتئاب. كما أن تدني مفهوم الذات أمر شائع بين الأطفال والمراهقين الصم وضعاف السمع.

أسس تعليم الأطفال ذوي الإعاقة السمعية

بناء على دليل تعليم الطلبة الصم وضعاف السمع الصادر عن مديرية تربية ولاية كنساس الأمريكية (Kansas State Department of Education, 2009)، فالمسؤوليات والأدوار التي يتوقع من الكوادر التعليمية التي تعمل مع الطلبة الصم وضعاف السمع تحملها هي أن:

1. تتقن اللغة التي توفر للطلبة أفضل الفرص للوصول إلى محتوى المنهاج وأن تكون قادرة على التواصل مع الطلبة بطرق تيسر تطورهم اللغوي المستمر وتعلّم مهارات القراءة والكتابة.
2. تمتلك المعرفة المتخصصة والمهارات اللازمة لتعزيز نمو وتعلّم الطلبة الصم وضعاف السمع.

Scanned by CamScanner

3. يكون لديها المعرفة والمهارات والترتيبات للعمل مع الطلبة من خلفيات ثقافية ولغوية متنوعة.
4. تعمل على تلبية الاحتياجات التقليدية وغير التقليدية للطلبة الصم وضعاف السمع (على سبيل المثال: الطلبة الذين لديهم زراعة قوقعة، أو إعاقات متعددة، أو احتياجات سلوكية أو صحية خاصة).
5. يكون لديها المعرفة والمهارات المتخصصة لتقييم احتياجات الطلبة الصم وضعاف السمع وتقدمهم بشكل مستمر ومناسب.
6. تكون على دراية بسبل تعزيز التعاون بين المدارس والأسر والمجتمعات المحلية.
7. تعمل بالتعاون مع العاملين في المدارس والبرامج الأخرى على تقاسم الموارد، وتشجيع الممارسات التعليمية الواعدة المستندة إلى البحث العلمي.
8. تشارك في أنشطة التنمية المهنية المستمرة من أجل توفير برامج ومناهج تعليمية أكثر فاعلية للطلبة الصم وضعاف السمع.

ومن الإعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعوقين سمعياً التي تقترح معظم المراجع المتخصصة في الإعاقة السمعية على المعلمين مراعاتها:

- يمكن للطلبة الصم وضعاف السمع تلقي التعليم في أوضاع تربوية مختلفة تشمل: مؤسسات الإقامة الداخلية للصم، المدارس النهارية الخاصة للصم، الصفوف العادية في المدارس العامة (الدمج)، برامج التدخل المبكر والطفولة المبكرة، والصفوف الخاصة في المدارس العادية.
- تتبنى المؤسسات التعليمية فلسفات مختلفة نحو تعليم الطلبة الصم وضعاف السمع. وغالباً ما تتمحور تلك الفلسفات على استخدام لغة الإشارة أو الكلام أو كليهما معاً.

Scanned by CamScanner

- الإعاقات السمعية ليست شيئاً واحداً، ولذلك يجب التعرف على الطالب جيداً.
- عدم تغطية الفم عند التكلم في غرفة الصف. فالطلبة ذوو الإعاقة السمعية قد يفهمون بشكل أفضل من خلال الإشارات البصرية مثل قراءة الشفاه وتعابير الوجه.
- السماح للطالب بالجلوس في الصفوف الأمامية ووجهاً لوجه أمام المعلّم.
- السماح للمترجم (أخصائي لغة الإشارة) بالجلوس في حالة توفره قريباً من الطفل.
- كتابة أسماء الأشياء الموجودة في الصف.
- تزويد الطفل بالمعينات والأدوات المكيفة الخاصة.
- تجنب تعريض الطفل لإضاءة شديدة لأن ذلك يمنعه من قراءة الشفاه.
- توفير التدريب المناسب للطفل ليتعلم قراءة الشفاه ولغة الإشارة والتهجئة بالأصابع.
- التكلم مع الطفل بطريقة طبيعية ووجهاً لوجه.
- تشجيع الطفل على استخدام السمع الوظيفي الذي يتمتع به.
- استخدام المعينات البصرية المناسبة (مثل جهاز عرض الشفافيات).
- كتابة التعيينات الدراسية والموضوعات الرئيسية على كل من السبورة وعلى الأوراق.
- الفوز بانتباه الطفل والتأكد من أنه يفهم.
- التعرف إلى أساسيات صيانة المعينات السمعية وطرق التحقق من أنها تعمل بشكل صحيح.
- إذا كان في المدرسة نظام يعمل بالذبذبات المعدّلة، يجب على المعلّم أن يتعرف عليه ويتعلّم كيفية استخدامه.

ويتم تدريس الطلبة الصم أو ضعاف السمع باستخدام مجموعة واسعة من الطرائق تبعاً لاحتياجاتهم وقدراتهم الفردية وبناء على امكانيات المدرسة وتوجهاتها الفلسفية.

Scanned by CamScanner

وهذه الطرائق في التدريس تتضمن ما يلي:

- الطريقة اليدوية
- الطريقة الشفهية
- التواصل الكلي

الطريقة اليدوية (Manual Approach)

في هذه الطريقة يتم التواصل من خلال حركات اليدين وليس من خلال الكلام. وبوجه عام فإن الصم أنفسهم يدعمون هذه الطريقة ويرون أنها اللغة الطبيعية لهم. وتطلق الأدبيات المتخصصة على الأشخاص الصم الذين يعتقدون أن الصمم هوية ثقافية فرعية لغتها هي لغة الإشارة اسم ثقافة أو مجتمع الصم (Deaf Culture or Community). فمعروف أن الصم من أكثر الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة حرصاً على إقامة علاقات فيما بينهم. فهم سيعيشون في عزلة إذا لم يقيموا علاقات مع الأشخاص الذين يتواصلون معهم بطريقتهم. كذلك فالصم يلتقون في المناسبات الاجتماعية المختلفة ويؤسسون نوادي وجمعيات خاصة بهم، إلخ. وهذه النزعة لدى الصم للانتماء إلى مجتمعهم تلعب دوراً حيوياً في تقديم الدعم والإحساس بالهوية والقبول.

ولغة الإشارة هي أكثر أنماط الطريقة اليدوية شيوعاً. ولغة الإشارة (Sign Language) هي نظام تواصل عن طريق رموز يدوية تعبّر عن الكلمات والأفكار. وتشتق الإشارات معانيها من تعبيرات الوجه ولغة الجسم، وحركة اليدين، ومكان اليدين وشكلهما.

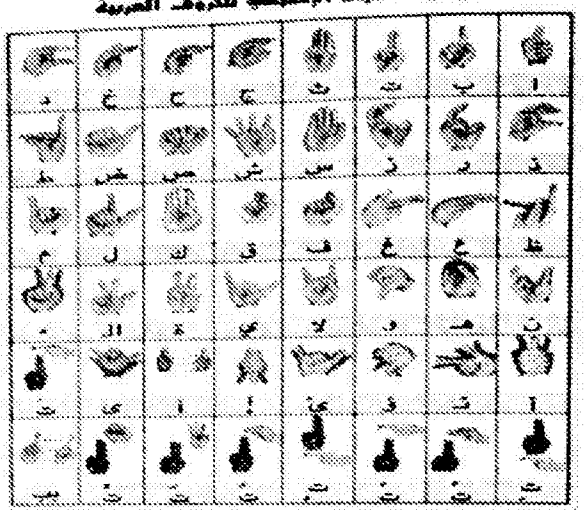
Scanned by CamScanner

"إنني سعيدة" بلغة الإشارة:

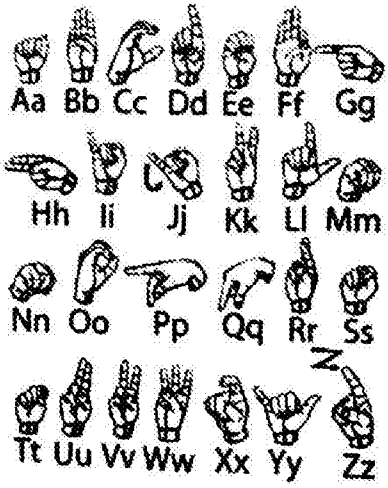
ويؤمن أنصار هذه الطريقة بأنها تساعد في تطوير المهارات القرائية والكتابية واللغوية الأخرى للأشخاص المعوقين سمعياً. ولذلك فهم يبدون اهتماماً كبيراً بتدريب أشخاص على القيام بترجمة لغة الإشارة (تحويل اللغة المنطوقة إلى لغة اشارة حتى يستطيع الإنسان الأصم فهمها) وبخاصة في الأوضاع التعليمية. ويعرف هؤلاء بمترجمي لغة الإشارة أو مفسري لغة الإشارة (Sign Language Interpreters) وهم أشخاص سامعون يتقنون لغة الإشارة وعليه فإنهم يعملون بمثابة حلقة وصل بين السامعين والصم.

وتشمل هذه الطريقة أيضاً الأبجدية الإصبعية (Fingerspelling) وهي تعني استخدام اليدين لكتاب الحروف وأحياناً الأعداد. وقد اعتمدت عدة دول هذه الأبجدية كجزء من لغة الإشارة.

Scanned by CamScanner



الأبجدية الاصبعية العربية

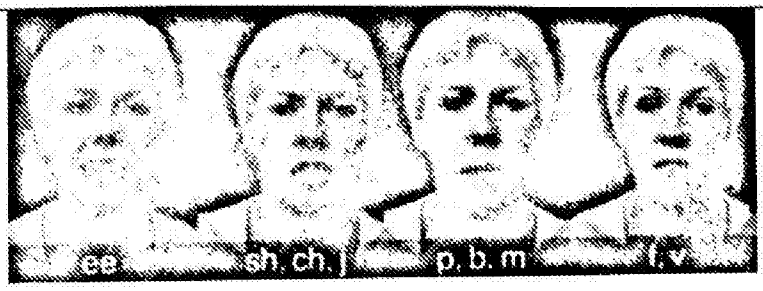


الأبجدية الاصبعية الانجليزية

Scanned by CamScanner

الطريقة الشفهية (Oral Approach)

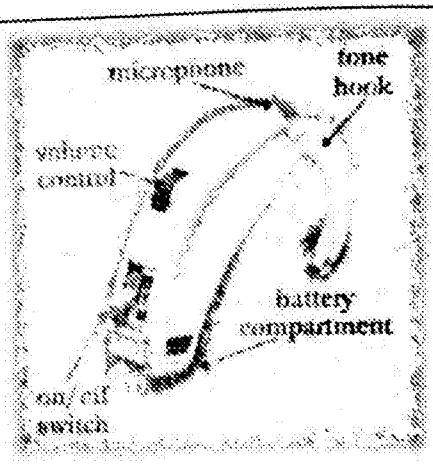
هذه الطريقة التي تعرف أيضاً بالطريقة السمعية-الفمية (Auditory Oral Approach) تشمل تعليم الطالب الأصم الكلام وقراءة الشفاه. وتفترض هذه الطريقة وجود قدرات سمعية متبقية أو مصححة لدى الطالب. ويعتقد أنصار هذه الطريقة بأن لغة الإشارة تعرقل تواصل الأشخاص الصم مع المجتمع لأن أفراد المجتمع لا يعرفون لغة الإشارة. وفي قراءة الكلام (Speechreading) أو ما يعرف أيضاً بقراءة الشفاه (Lipreading) فإن الشخص المعوق سمعياً يستخدم حاسة البصر لفهم الكلام.



قراءة الشفاه بمساعدة الكمبيوتر

ومن الطرق المستخدمة لمساعدة الأشخاص المعوقين سمعياً على الاستفادة من القدرات السمعية المتبقية لديهم طريقة التدريب السمعي (Auditory Training) التي تهدف إلى تدريبهم على: وعي الأصوات، وتحديد مصدرها، وتمييزها ومعرفتها. فثمة أنواع متطورة من الأجهزة المساعدة على السمع (Assistive Listening Devices) تتوفر حالياً وهي أدوات الكترونية تمكّن الأشخاص المعوقين سمعياً من استخدام قدراتهم السمعية المتبقية بشكل أفضل. وتشمل هذه الأجهزة المعينات السمعية وأجهزة الارسال الصوتي الخاصة والأجهزة الالكترونية التي توظف حاستي البصر واللمس.

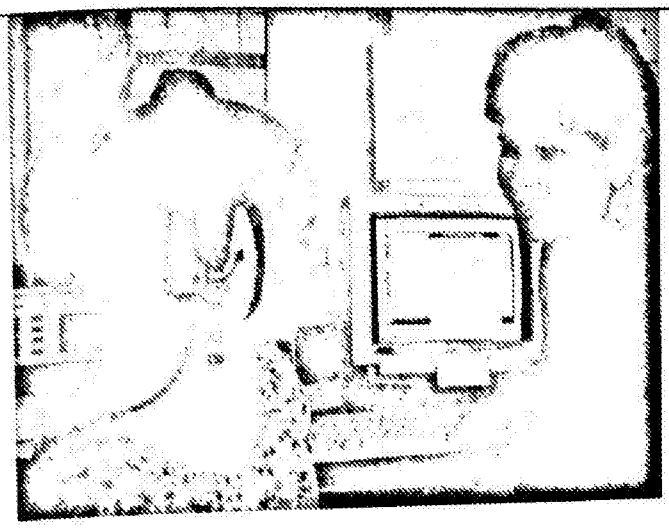
Scanned by CamScanner



أحد أنواع المعينات السمعية. والمعينة السمعية (Hearing Aid) هي اداة تكنولوجية لتضخيم الصوت تعمل بالبطارية وتتكون من ثلاثة اجزاء هي: الميكرفون (وظيفته التقاط الموجات الصوتية وتحويلها إلى طاقة كهربائية)، ومضخم الصوت (سلك خاص يزيد شدة الصوت)، والمستقبل (اداة تحول الطاقة الكهربائية إلى صوت من جديد)، وقطعة بلاستيكية توضع في الاذن وتنقل الصوت من المعينة السمعية إلى القناة السمعية. والمعينات السمعية أنواع عديدة منها ما يوضع خلف الأذن أو داخل الأذن أو على الصدر

فأجهزة الإرسال بالذبذبات المعدّلة (FM Transmission) التي تعرف أيضاً باسم وحدات التدريب السمعية (Auditory Training Units) تعمل على تحسين قدرة الشخص المعوق سمعياً على السمع بوضوح وبخاصة في غرفة الصف. وعند استخدام هذه الأجهزة، يتكلم المعلّم عبر ميكرفون ويستقبل الطالب الصوت بمستقبل على أذنيه أو بالمعينة السمعية. ولا تستخدم الاسلاك الموصلة في هذه الحالات مما يتيح للمعلم والطلاب الحركة بحرية في غرفة الصف. وتستخدم هذه الأجهزة كمعزز للمعينات السمعية وليس كبديل لها.

Scanned by CamScanner



وحدة تدريب سمعي

وهناك أجهزة اهتزازية لمسية (Vibrotactile Devices) تتكون من ميكرفون ومستقبل أو محلل صوتي إلكتروني يضعه الشخص الأصم على رسغه فيساعده على وعي الأصوات من خلال تحويلها إلى اهتزازات يتعلّم الشخص كيفية تفسيرها بالخبرة والتدريب. إضافة إلى ذلك، تتوفر في الوقت الراهن أشكال متنوعة من الأجهزة المنبهة (Alerting Devices) التي تمكّن الشخص الأصم من وعي حدث معين أو صوت هام في البيئة من خلال بث اشارات ضوئية متقطعة أو اهتزازات تنبه إلى صوت جرس الباب أو إنذار الحريق أو صوت جرس الهاتف وغير ذلك.

Scanned by CamScanner

جهاز تنبيه اهتزازي لمسي

طريقة التواصل الكلّي (Total Communication Approach)

وهي طريقة تدمج الكلام، والإشارات، والتدريب السمعي، وقراءة الكلام بل والقراءة والكتابة وذلك بغية قدرة الشخص الأصم على التواصل. وقد أصبحت هذه الطريقة الأكثر استخداماً في مدارس الصم منذ عدة سنوات.

Scanned by CamScanner

المراجع

Kansas State Department of Education (2009). *Guide to education of students who are deaf or hard of hearing.*

Cheour, M. (2011). *Characteristics of hearing impaired children.* Retrieved on Aug 15, 2012 form: http://www.livestrong.com/article/212414.

Elzouki, A. (2012). *Textbook of clinical pediatrics* (2. ed. ed.). Berlin: Springer.

Moores, D., & Martin, D. (2006) *Deaf learners: Developments in curriculum and instruction.* Washington, DC.: Gallaudet University Press.

Russo, J. (2011). *Characterstucs of hearing impairment and deafness in chikdren.* Retrieve on Aug 15, 2012 from: http://www.livestrong.com/article/509643.

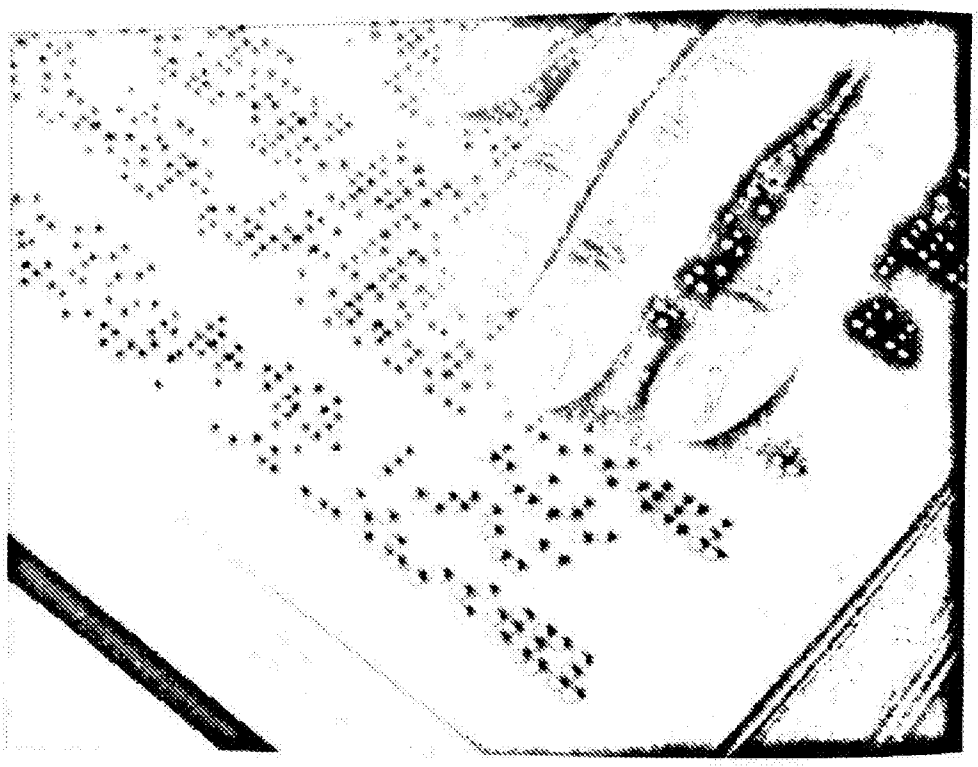
Tennessee Department of Education (2009). *Resource packet: Assessment of deafness and hearing impairment.* Retrieved on Aug 16, 2012 from: www.state.tn.us/education/speced/doc/71309DandHI.pdf.

World Health Organization (2012). *Deafness and hearing impairment.* www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html.

Scanned by CamScanner

الفصل السابع

الإعاقة البصرية



Scanned by CamScanner

مقدمة

يحدث معظم التعلّم عند الأطفال من خلال الرؤية. فالبصر هو الحاسة الأساسية التي تقوم عليها أكثر استراتيجيات التعليم التقليدية. وهذه الاستراتيجيات يجب تعديلها لتعكس قدرات الطفل البصرية والسمعية واللمسية. فالطفل المكفوف أو ضعيف البصر يتعامل فقط مع ما هو في متناول يده ومع ما يمكنه أن يلمسه بأمان، أو مع ما يسمعه. ولضمان مستوى مناسب من التعليم لهؤلاء الأطفال، يجب على معلميهم ذوي التدريب الخاص وأولياء أمورهم أن يعملوا معا لتزويد الطفل بالخبرات بطريقة ذات معنى.

ولا يخفى أن غياب البصر أو ضعفه الشديد، يحدّ بشكل كبير من فهم العالم. فلا يمكن لأية حاسة أخرى حفز الفضول وحب الاستطلاع، وجمع المعلومات، أو تدعو إلى الاستكشاف بنفس الطريقة أو بنفس الكفاءة التي تحققها حاسة البصر. ويمكن للأطفال ذوي الإعاقة البصرية أن يحققوا النجاح، ولكن بمعدلات مختلفة وغالباً في تسلسل مختلف. ويتطلب ذلك برامج تدخّل مكثفة ومنسقة من قبل فريق متخصص.

خصائص الأطفال ذوي الإعاقة البصرية

الأطفال ذوو الإعاقة البصرية ليسوا متشابهين وثمة اختلافات كبيرة بينهم وإن كانوا يتشابهون بفقدان البصر أو ضعفه. ومع ذلك، هناك خصائص عامة لدى هؤلاء الأطفال نلخّصها على النحو التالي:

- قد تظهر مؤشرات جسمية مادية على فقدان البصر لدى بعض الأطفال. فكثير منهم يرتدون نظارات سوداء بسبب وجود حساسية مفرطة للضوء لديهم. وربما يكون لدى الطفل ضعف في التآزر البصري اليدوي. وقد يلاحظ أيضاً أن الطفل تومض عيناه أثناء القراءة أو مشاهدة التلفاز أو أنه يقرب جداً من التلفاز ويقرّب الأشياء جداً من عينيه أو يحدّق ولكنه غير قادر على العثور على الأشياء الصغيرة. وقد يكون لدى الطفل حول أو رفرفة في العيون التي تتحرك من جانب إلى آخر أو صعوداً وهبوطاً (Keefer, 2011).

Scanned by CamScanner

يرتدي كثير من الأطفال المعوقين بصرياً نظارات سوداء بسبب حساسيتهم المفرطة للضوء

- الأداء الحركي للأطفال المعوقين بصرياً أضعف من أداء الأطفال المبصرين والأداء الحركي للأطفال الذين ولدوا مكفوفين أضعف من أداء الأطفال الذين فقدوا بصرهم في مرحلة من مراحل حياتهم. وذلك أمر صحيح سواء فيما يتعلق بالمهارات الحركية الدقيقة أو المهارات الحركية الكبيرة. فغالباً ما يكون لدى هؤلاء الأطفال تأخر كبير في المهارات الحركية. وقد يحتاج الأطفال عصا لمساعدتهم على التنقل بشكل مستقل في المدرسة لتجنب الوقوع أو التصادم أو لتجنب العقبات أو الأشخاص الآخرين. وقد يواجهون صعوبات في الألعاب الرياضية مثل كرة السلة أو كرة القدم لأنه قد يكون لديهم مشكلات في إدراك العمق. وقد تبدو حركات الطفل خرقاء غير متقنة. وأخيراً فغالباً ما يكون الأداء الأكاديمي للأطفال ضعاف البصر ضعيفاً وليس بمستوى القدرات التي يبدو أنهم يتمتعون بها (Keefer, 2011).

Scanned by CamScanner

ويشير الخطيب والحديدي (2010) إلى أن الإعاقة البصرية قد تفرض في مراحل الطفولة المبكرة قيوداً على تطور مقدمات النمو المعرفي الأساسية المعتمدة على البصر مثل التآزر البصري- اليدوي، والمفاهيم المرتبطة بالأشياء، والعلاقات بين الأحداث والأشخاص والخبرات. وقد يعيق الضعف في مظاهر النمو هذه القدرات المعرفية الأكثر تطوراً مثل التصنيف والاحتفاظ.

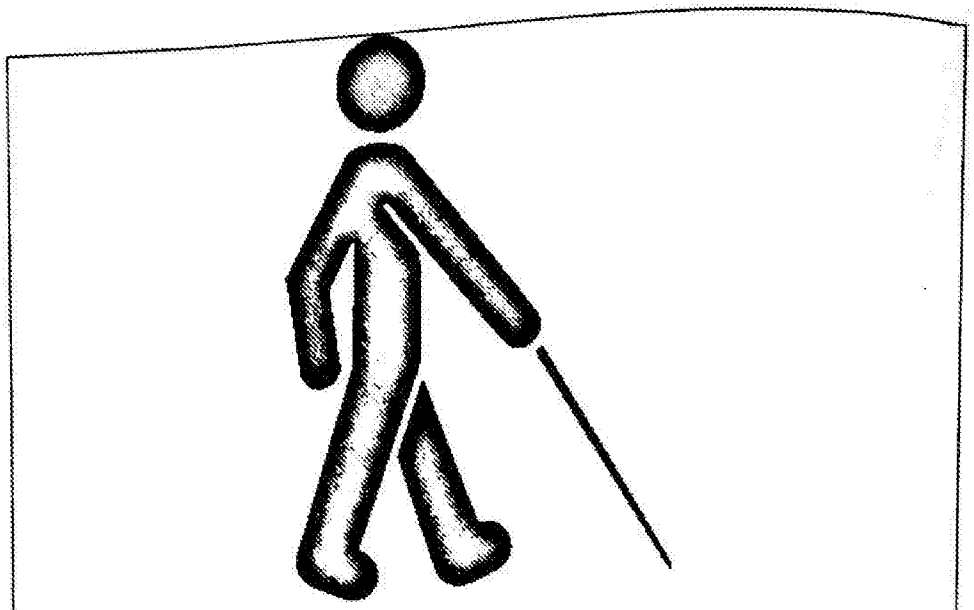
وتتطور المظاهر النمائية اللغوية لدى الأطفال المعوقين بصرياً بشكل طبيعي ما لم يكن لديهم إعاقات أخرى. ولكن أنماط النمو اللغوي المبكر لديهم تختلف عن تلك التي تظهر لدى الأطفال المبصرين وذلك بسبب الافتقار إلى المدخلات البصرية والتنقل وبسبب اختلاف الخبرات المبكرة التي يمرون بها.

وتؤثر الإعاقة البصرية سلبياً على النضج الاجتماعي، فالطفل لا يستطيع استقبال أو إرسال الايماءات الاجتماعية غير اللفظية (الخطيب والحديدي، 2010). وذلك كثيراً ما يقود إلى الاستجابات الانسحابية والسلوك النمطي (الإثارة الذاتية والاستجابات غير الهادفة الموجهة نحو الذات). كذلك فإن المهارات الاجتماعية والانفعالية للأطفال المعوقين بصرياً تتأثر تأثراً كبيراً بردود أفعال الآخرين نحوهم وأنماط تفاعلهم معهم.

نسبة انتشار الإعاقة البصرية

بناء على تقرير حديث أصدرته منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2012)، يعاني 285 مليون شخص في جميع أنحاء العالم من ضعف البصر (39 مليون كفيف و 246 مليون لديهم ضعف بصر). ويعيش حوالى 90٪ من هؤلاء في البلدان النامية.

Scanned by CamScanner



شعار الإعاقة البصرية

وتشير التقارير الأمريكية الرسمية الحديثة إلى أن واحداً من كل ألف طالب لديه إعاقة بصرية (Case, Zucker, & Jeffries, 2005). وبناء على معدل الانتشار المنخفض نسبياً، تعدّ الإعاقة البصرية إحدى فئات الإعاقة قليلة الحدوث (Low Incidence Disabilities) مثلها في ذلك مثل الإعاقة السمعية والإعاقة الجسمية.

تعريف الإعاقة البصرية وتصنيفها

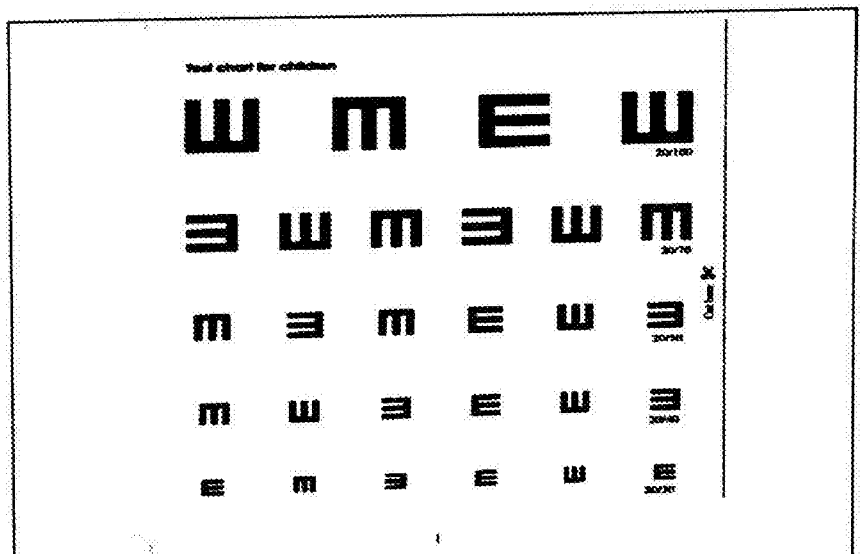
عندما يصبح جزء أو أكثر من العين أو من الدماغ غير قادر على معالجة الصور البصرية فان الإنسان قد لا يستطيع استعادة ما فقده من بصر سواء بالعقاقير الطبية، أو بالجراحة، أو بالعدسات التصحيحية. عندئذ قد يصبح لدى الشخص ضعف بصري كلّي أو جزئي وذلك ما يعرف بالإعاقة البصرية.

بناء على ما سبق، تعرّف الإعاقة البصرية (Visual Impairment) بأنها فقدان بصري من درجة تؤثر تأثيراً جوهرياً على أداء الشخص. وللغايات التربوية، فالإعاقة البصرية هي فقدان بصري يفرض تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات الداعمة للطالب. والإعاقة البصرية ليست أي ضعف في البصر، فليس كل مرض من أمراض العيون يعني ضعفاً بصرياً وما أكثر الناس الذين لديهم نوع ما من المشاكل البصرية.

Scanned by CamScanner

فالبعض قد لا يستطيع رؤية الأشياء البعيدة. وآخرون قد يصعب عليهم قراءة الكتب بحجم حروفها المعتادة. لكن هذه الأنواع من المشكلات البصرية غالباً ما يمكن التعامل معها بسهولة عن طريق النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة.

وتشمل الإعاقة البصرية كلاً من الضعف البصري (Low Vision) أو ما يسمى فقدان البصر الجزئي والذي يعرّف بأنه حدة إبصار تتراوح ما بين 70/20 - 200/20 قدم أو 21/6- 60/6 متر) والعمى (Blindness) أو ما يعرف بالفقدان البصر الكلي وهو حدة إبصار تقل عن 200/20 قدم أو 60/6 متر أو مجال إبصار يقل عن 20 درجة أو إذا كان مجال البصر لا يتعدى 20 درجة وذلك بعد تنفيذ الاجراءات التصحيحية باستخدام العدسات اللاصقة أو النظارات الطبية.



فحص حدة البصر

وللإعاقة البصرية تعاريف طبية/ قانونية تعتمد على حدة الأبصار ومجاله، وتعاريف تربوية تعتمد على مدى تأثير الضعف البصري على التعلّم. فمن الناحية التربوية يعتبر الشخص كفيفاً إذا لم يكن باستطاعته التعلّم من خلال حاسة البصر واعتمد على طريقة بريل. ويعتبر الشخص ضعيفاً بصرياً إذا كان ما فقده من بصر لا

Scanned by CamScanner

يمنعه من استخدام بصره كاملاً بمعنى أنه تبقى لديه قدرات بصرية متبقية للقراءة باستخدام أدوات التكبير.

ويصنف ايرين (Erin, 2003) الإعاقة بصرياً إلى أربع فئات:

1. العمى الكلي (Total Blindness) عندما لا يكون لدى الطالب القدرة على استخدام البصر مما يرغمه على استخدام الحواس الأخرى للتعلم.
2. العمى القانوني (Legal Blindness) عندما تكون حدة بصر الطالب في العين الأقوى أقل من 200/20 بعد التصحيح أو عندما يكون مجاله البصري أقل من 20 درجة.
3. الابصار الجزئي (Partial Sightedness) عندما تتراوح حدة بصر الطالب بعد التصحيح بين 70/20 و 200/20.
4. البصر الضعيف (Low Vision) عندما يكون لدى الطالب واحدة أو أكثر من المشاكل البصرية التي لا يمكن تصحيحها حتى لو استخدم النظارات الطبية الأمر الذي يحد من قدرته على تأدية الأنشطة اليومية.

تقييم الأطفال ذوي الإعاقة البصرية

يتطلب تقييم الطلبة المكفوفين وضعاف البصر إجراء تكييف أثناء تطبيق الاختبارات وأساليب التقييم العادية عليهم أو تعديل تلك الاختبارات أو استخدام اختبارات وأساليب تقييم بديلة. وتكييف التقييم (Assessment Accommodation) يتضمن تعديل طريقة تنفيذ التقييم دون المس بصدق المعلومات. فمن خلال إجراء تسمح للطالب بالتعويض عن ضعفه البصري تمكّن التعديلات الطالب على فهم الاختبارات وإظهار معارفه ومهاراته على قدم المساواة بالطلبة المبصرين. وكما تشير كيس وزميلاتها (Case et al., 2005) فإن تعديلات التقييم للطلبة المكفوفين أو ضعاف البصر تأخذ الأشكال الأربعة الأساسية التالية:

Scanned by CamScanner

1. تعديل طريقة العرض (Presentation) حيث يتم تغيير المواد المستخدمة لتقييم الطالب لتصبح بطريقة ملائمة للطالب كتقديمها بطريقة بريل على سبيل المثال.
2. تعديل طريقة الاستجابة (Response) حيث يسمح للطالب الاستجابة على بنود التقييم بالطريقة التي يتقنها.
3. تعديل توقيت التقييم أو جدولته (Timing or Scheduling) حيث يتم تغيير توقيت أو جدولة التقييم مثل توفير المزيد من الوقت لاستكمال عملية التقييم أو السماح بفترات استراحة أثناء عملية التقييم.
4. تعديل ظروف التقييم (Setting) حيث يتم إجراء تغييرات في البيئة أو في المكان الذي تنفذ فيه عملية التقييم مثل تطبيق الاختبار للطالب في غرفة مختلفة أو ضمن مجموعة صغيرة.

وخلافاً للتكييف فإن تعديل أو تغيير التقييم (Assessment Modification) قد يشمل تغيير المفاهيم التي يتم تقييمها أو حتى محتوى التقييم. ومثال ذلك حذف فقرات تعتمد على حاسة البصر. ويراعى عند تغيير التقييم أن النتائج لا تعود قابلة للمقارنة بنتائج الطلبة الذين طبقت عليهم الصورة الأصلية من الاختبار.

أسباب الإعاقة البصرية

يشير باريكشيت وكلير (Parikshit & Clare, 2007) إلى أن معظم البيانات عن أسباب الإعاقة البصرية في الدول النامية مصدرها مدارس المكفوفين في حين أن البيانات في الدول الصناعية تؤخذ من مصادر متعددة. وقام هذان الباحثان بتحليل بيانات قدّمتها عدة دراسات فتبين لهما أن أسباب الإعاقة البصرية تختلف من منطقة إلى أخرى في العالم. فتقرحات القرنية (التي تنتج عن فقر فيتامين أ، والحصبة، والمعالجات الثقافية غير السليمة لأمراض العيون) والتهابات ملتحمة العين أكثر شيوعاً في الدول النامية. أما في الدول الصناعية فان إصابات الجهاز العصبي التي غالباً ما ترتبط بالخداج كانت الأكثر انتشاراً.

Scanned by CamScanner

الإعاقة البصرية القشرية (Cortical Visual Impairment) هي اضطراب عصبي شديد ينتج عن تلف دماغي ويمنع الأطفال من تفسير المعلومات البصرية

وأشارت دراسة باريكشيت وكلير (Parikshit & Clare, 2007) أيضاً إلى أن أكثر أسباب الإعاقات البصرية انتشاراً تلك التي تنتج عن مشكلات في الشبكية، فمشكلات القرنية، فمشكلات مقلة العين عموماً. ومن النتائج الأخرى التي توصلا إليها أن الإعاقات البصرية الناتجة عن أسباب وراثية أكثر انتشاراً من الإعاقات البصرية التي تعزى لعوامل مرضية مكتسبة. وأخيراً، أفاد هذان الباحثان بأن معظم أسباب كف البصر لدى الأطفال يمكن الوقاية منها أو معالجتها. وتقدّم الصفحات التالية وصفاً موجزاً لبعض اضطرابات العيون التي قد تؤدي إلى العمى أو ضعف البصر.

التراخوما (Trachoma)

التراخوما أحد أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً وهي تعدّ أحد أشكال التهابات الملتحمة. وهي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالنظافة الشخصية والطقس الجاف. وتنتقل عدوى التراخوما إما باللمس المباشر وإما بوساطة الذباب (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001).

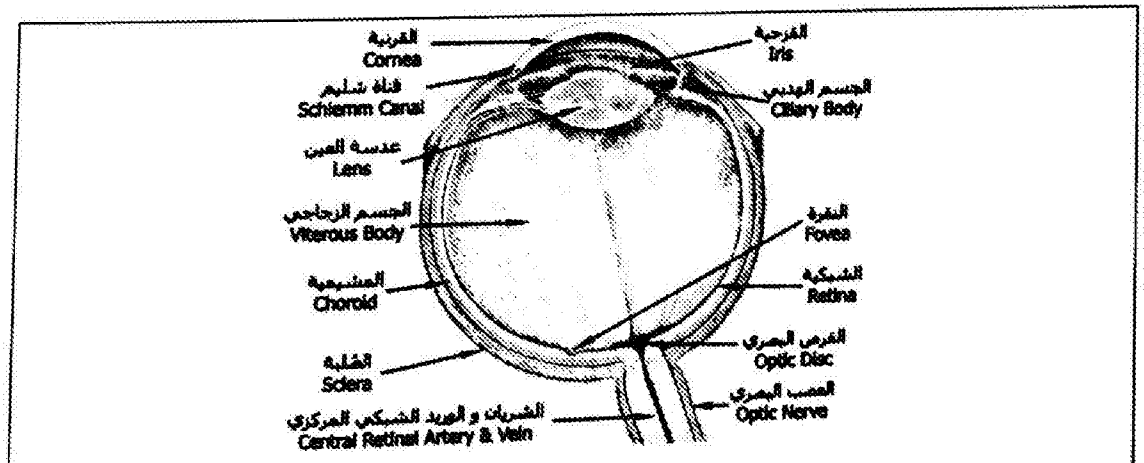
Scanned by CamScanner

تقرحات القرنية (Corneal Ulcers)

تنتج عن الإصابة بالتهابات إثر جروح القرنية أو إثر دخول أجسام غريبة للعين أو عن الأمراض المعدية الحادة. ومن أعراض تقرحات القرنية الألم، الحساسية للضوء وسيلان الدمع. وفي الحالات الشديدة قد تضعف حدة البصر بشكل ملحوظ.

أخطاء الانكسار (Refractive Errors)

هي عدم قدرة العين على تركيز الصورة على الشبكية بشكل طبيعي، وذلك نتيجة لحجم العين أو شكلها. وتصحح هذه الأخطاء عادة بالعدسات الطبية. وإذا كانت شديدة جداً، فهي قد تسبب ضعفاً بصرياً مزمناً (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001). ففي طول النظر (Hyperopia) تتكون الصورة خلف الشبكية وليس عليها مما يجعل الشخص يواجه صعوبة في رؤية الأشياء القريبة ولكنه يرى الأشياء البعيدة جيداً. وتنشأ هذه المشكلة عن قصر العين وصغر حجمها أو عن ضعف القدرة الانكسارية للعدسة أو القرنية (الحديدي، 2010). ويعالج طول النظر بنظارات طبية ذات عدسات محدّبة (موجبة).



عين الإنسان

وفي قصر النظر (Myopia) تتكون الصورة أمام الشبكية وليس عليها مما يجعل الشخص يواجه صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة ، أما قدرته على رؤية الأشياء القريبة فتكون طبيعية (الحديدي، 2010). وقد ينشأ قصر النظر عن كبر حجم العين أو عن زيادة في القوة الإنكسارية للعدسة أو القرنية أو عن أسباب وراثية أو عن حالات

Scanned by CamScanner

أخرى كالسكري والمياه البيضاء. ويعالج قصر النظر بالنظارات الطبية ذات العدسات المقعرة (السالبة).

وفي حرج البصر (Astigmatism) يكون هناك عدم انتظام في سطح القرنية أو العدسة مما يقود إلى تجمع الأشعة أمام الشبكية وخلفها وعليها. ونتيجة لذلك تتكون عدة خيالات أو بؤر للصورة الواحدة على العين، وتسمى هذه الحالة أيضاً باللابؤرية.

الرأراة (Nystagmus)

هي حركات لا إرادية متكررة في العيون قد ينتج عنها ضعف في حدّة البصر وعدم قدرة على التركيز ودوار.

ضمور العصب البصري (Optic Nerve Atrophy)

وينتج عن عدة عوامل منها: الاضطرابات الوعائية في العين، والاضطرابات الخلقية الناجمة عن عوامل وراثية، والجروح النافذة في العين، وإلتهاب العصب البصري (الحديدي، 2010). ولا يمكن إعادة الإبصار للشخص الذي ضمر عصبه البصري.

المهق (Albinism)

هو نقص الصبغيات في العينين فتكون العينان زرقاوتين وتحدث حساسية مفرطة للضوء (الحديدي، 2010). وتقود هذه الحالة إلى ضعف بصري يتراوح ما بين المتوسط والشديد لأنها تسبب انخفاضاً في حدّة البصر ورأراة.

العين الكسولة أو الغمش (Lazy Eye)

حالة يُضعف فيها الدّماغ الصورة التي تصله من إحدى العينين مما يؤدي إلى تدهور وظائف تلك العين (الحديدي، 2010). ومن أكثر أسبابها الحول وسوء التغذية. وتعالج العين الكسولة بتغطية العين السليمة لإرغام الشخص على استخدام العين الضعيفة.

القرنية المخروطية (Keratoconus)

حالة وراثية تتميز بضعف البصر التدريجي في سنوات المراهقة. وفي هذه الحالة يضعف الجزء المركزي من القرنية فيبرز للأمام على شكل مخروط. ويعالج

Scanned by CamScanner

ضعف البصر الناتج عن القرنية المخروطية إما باستخدام النظارات الطبية والعدسات اللاصقة وإما باجراء عملية جراحية تسمى بعملية ترقيع القرنية (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001).

اعتلال الشبكية الناتج عن السكري (Diabetic Retinopathy)

من مضاعفات السكري حيث يحدث نزيف في الشبكية قد يؤدي إلى فقدان البصر. وتساعد المعالجة بأشعة الليزر في الحدّ من المضاعفات في بعض الحالات (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001).

التهاب الشبكية الصباغي (Retinitis Pigmentosa)

هو ضمور أو انحلال تدريجي في الشبكية سببه وراثي. وتصاب العصيّ في الشبكية أولاً ومن الأعراض لهذا العشى (العمى الليلي) الذي يظهر في الطفولة. وتظهر الأعراض الأخرى للمرض قبل سن المراهقة ومنها تناقص مجال البصر تدريجياً إلى أن يصبح البصر نفقياً وتضيّق الأوعية الدموية في الشبكية، وتحوّل لون القرص البصري إلى أصفر. ومن المضاعفات المحتملة للتصبغ الشبكي المياه البيضاء (السّاد) وتنكّس اللطخة الصفراء. وتنتهي الحالة بالعمى الكامل في بعض الحالات (الحديدي، 2010).

انفصال الشبكية (Retinal Detachment)

هو اضطراب يحدث بسبب تكوّن فتحة في الشبكية يدخل عبرها سائل من الجسم الزجاجي، مما يؤدي إلى تمزق الشبكية جزئياً. وقد يزداد التمزق والانفصال في الشبكية تدريجياً، فيضعف البصر بشكل متزايد. ومن أسباب انفصال الشبكية إصابات الرأس المباشرة أو اضطرابات بصرية أخرى مثل الأورام واضطراب سيولة الجسم الزجاجي. ويعالج انفصال الشبكية جراحياً حيث يتم إعادة تثبيت الشبكية في موقعها الطبيعي. وإذا اجريت هذه العملية الجراحية بأسرع وقت ممكن، يعود البصر إلى طبيعته مع فقدان طفيف في مجال الإبصار (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001).

Scanned by CamScanner

التليف خلف العدسي (Retrolental Fibroplasia)

التليف خلف العدسي أو اعتلال الشبكية الناتج عن الخداج (Retinopathy of Prematurity) ينتج عن وضع الأطفال الخدّج في الحاضنات وتعريضهم لكميات كبيرة من الأكسجين حفاظاً على حياتهم. وغالباً ما ينجم عن هذا الاضطراب عمى كامل (Total Blindness) (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001).

المياه البيضاء أو الساد (Cataract)

هي فقدان عدسة العين لشفافيتها إذ يصبح فيها عتامة تمنع دخول الضوء إلى العين ويعاني الفرد في هذه الحالة من ضعف بصري قد يكون شديداً. وفيها لا يستطيع الشخص رؤية الأشياء البعيدة أو رؤية الألوان ويشكو من حساسية للضوء ويزداد المرض سوءاً واذا لم يعالج يفقد الشخص بصره. وتعالج هذه الحالة جراحياً بعملية زراعة للعدسة حيث تزال العدسة التالفة وتستبدل بعدسة اصطناعية (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001).

المياه الزرقاء (Glaucoma)

هي ارتفاع حاد في ضغط العين الداخلي قد يقود إلى ضمور في الشبكية والعصب البصري وبالتالي ضعف بصري يتراوح بين فقدان بصري بسيط إلى فقدان بصري كلّي إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكراً. وتعالج هذه الحالة جراحياً فإذا لم يحدث ذلك فقد يفقد الطفل بصره (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001).

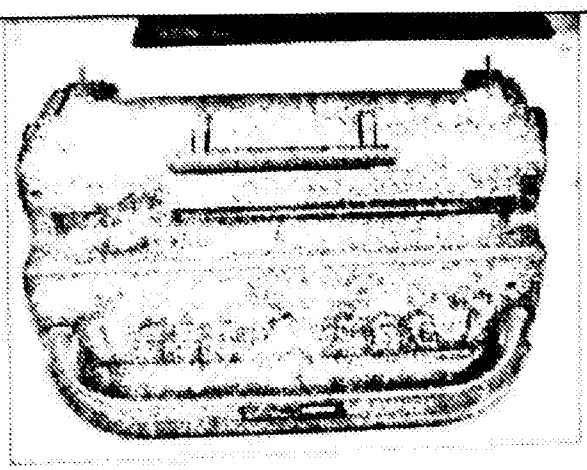
نقص فيتامين أ (Vitamin A Deficiency)

قد ينتج نقص فيتامين (أ) عن عدم تناول هذا الفيتامين لفترة طويلة أو عن مشكلات في امتصاص هذا الفيتامين أو تخزينه بسبب الإصابة ببعض الأمراض. ويعدّ نقص فيتامين (أ) أحد العوامل الرئيسية المسؤولة عن ضعف البصر في الدول النامية. وتتوقف شدة تأثيرات نقص فيتامين (أ) على عمر الشخص، فكلما كان الشخص أصغر سنّاً كانت التأثيرات السلبية أكبر.

Scanned by CamScanner

أسس تعليم الأطفال ذوي الإعاقة البصرية

لا تختلف أهداف تعليم الطلبة المكفوفين وضعاف البصر عن أهداف تعليم جميع الطلبة. وهذه الأهداف هي: الاتصال الفعّال، والكفاءة الاجتماعية، والعمل، والاستقلال الشخصي. ومن أجل تحقيق هذه الأهداف مع الطلبة ذوي الإعاقة البصرية تحتاج المدارس إلى إدخال تعديلات على برامجها التعليمية وتنفيذ برامج تدريبية محددة. وحجر الزاوية في تعليم هؤلاء الطلبة لا يختلف عن ذاك الذي تقوم عليه تربية جميع الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة عموماً، ألا وهو التقييم المناسب لاحتياجاتهم الفريدة في جميع المجالات المتصلة بالضعف الموجود لديهم وتكييف الأساليب والبرامج التعليمية ليتسنى تلبية هذه الاحتياجات.



آلة بريل للكتابة (Braillewriter) : هي آلة كتابة ميكانيكية تحتوي على ستة مفاتيح تمثل نقاط بريل الست. ويتم تشغيل الآلة عن طريق الأصابع الثلاثة الوسطى من كل يد. ويستخدم الإبهامان لتشغيل مفتاح الفراغ. والمفاتيح الستة في الآلة مرتبة بدقة ثلاثة منها إلى يمين مفتاح الفراغ والثلاثة الأخرى إلى يساره.

وإذا كان الطلبة المكفوفون وضعاف البصر يحتاجون إلى تعلّم الموضوعات التي يغطيها المنهاج العادي (القراءة والكتابة، الرياضيات، العلوم، الدراسات الاجتماعية، الخ) فهم يحتاجون أيضاً إلى مهارات ومعرفة إضافية خاصة ترتبط بالاحتياجات الخاصة التي تترتب على وجود الإعاقة البصرية لديهم. وتعرف هذه

Scanned by CamScanner

المهارات والمعرفة الإضافية بالمنهاج الموسع أو الإضافي (Expanded or Plus Curriculum). ويشمل هذا المنهاج (Hatlen, 1996):

1. المهارات الأكاديمية التعويضية أو الوظيفية بما في ذلك نماذج التواصل.
2. مهارات التعرف والتنقل.
3. مهارات التفاعل الاجتماعي.
4. مهارات الترويح عن النفس واستثمار وقت الفراغ.
5. مهارات الحياة الاستقلالية.
6. مهارات استثمار البصر المتبقي.
7. المهارات المهنية.

طالب كفيف يدرس في إحدى المدارس العادية في الهند

وتلخص المؤسسة الأمريكية للمكفوفين (American Foundation for the Blind, 2012) الاحتياجات التعليمية الفريدة التي قد تنشأ عن فقدان البصر أو ضعفه على النحو التالي:

- يمكن أن يؤدي ضعف البصر إلى تأخر تطور المفاهيم الذي قد يكون له تأثيرات شديدة على المهارات الاجتماعية والعاطفية والأكاديمية والمهنية.

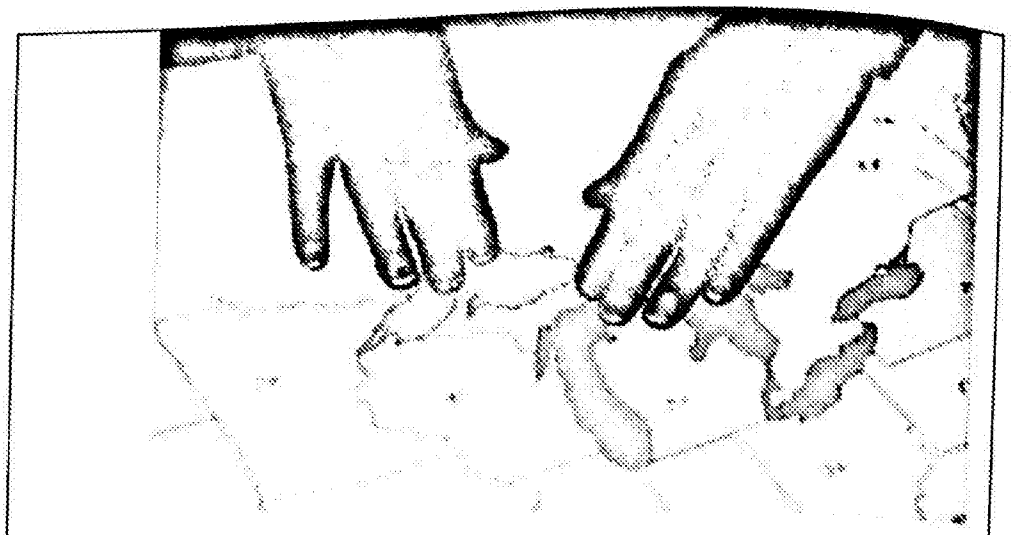
Scanned by CamScanner

- يجب أن يتعلم الطلبة ذوو الإعاقة البصرية في كثير من الأحيان من خلال وسائل بديلة واستخدام حواسهم الأخرى.
- غالباً ما يحتاج الطلبة ذوو الإعاقة البصرية إلى تعليم فردي لأن من الصعب للغاية تعليم المهارات المتخصصة بطريقة ذات معنى ضمن مجموعات.
- غالباً ما يحتاج الطلبة ذوو الإعاقة البصرية إلى مهارات متخصصة، فضلاً عن الكتب المتخصصة والمواد والمعدات للتعلّم من خلال وسائل بديلة.
- لا يتعلم الطلبة ذوو الإعاقة البصرية ولا يحصلون على المعلومات من خلال التعلّم العرضي لأنهم غالباً ما لا يدركون الأنشطة غير الملموسة أو الخفية في بيئتهم.
- إن مجالات المناهج الدراسية التي تتطلب تكييفاً واستراتيجيات فريدة من نوعها عند تعليم الطلبة المكفوفين وضعاف البصر هي: تطور المفاهيم، والأداء الأكاديمي، ومهارات الاتصال، والمهارات الحسية/الحركية، والمهارات الاجتماعية/الانفعالية، والتعرف والتنقل، ومهارات الحياة اليومية، والمهارات المهنية، ومهارات استثمار القدرات البصرية الوظيفية المتبقية.

وتوضح المؤسسة الأمريكية للمكفوفين (American Foundation for the Blind, 2012) فلسفتها بشأن تعليم الأطفال المكفوفين وضعاف البصر على النحو التالي:

1. إن الطلبة ذوي الإعاقات البصرية لديهم احتياجات تعليمية فريدة من نوعها والتي يمكن تلبيتها بأفضل صورة ممكنة باستخدام نهج فريق من المهنيين والآباء والطلبة. ومن أجل تلبية احتياجاتهم الفريدة هذه، يجب على الطلبة الحصول على خدمات وكتب ومواد تعليمية متخصصة باستخدام وسائل تواصل مناسبة (بما في ذلك طريقة برايل)، وكذلك معدات وتكنولوجيا متخصصة لضمان المساواة في الوصول إلى المناهج الدراسية العادية والمناهج الدراسية المتخصصة، وتمكينهم من التنافس بشكل فعّال مع أقرانهم في المدرسة وفي نهاية المطاف في المجتمع.

Scanned by CamScanner



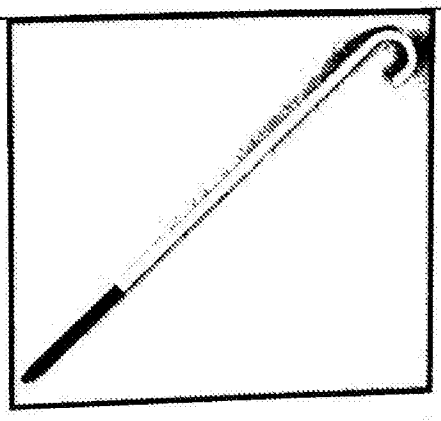
خرائط لمسية للمكفوفين

2. يجب أن تكون هناك مجموعة كاملة من الخيارات من حيث البرامج والخدمات الداعمة حتى يتسنى لفريق البرنامج التربوي الفردي تحديد الوضع الأكثر ملاءمة في البيئة الأقل تقييداً لكل طالب كفيف أو ضعيف بصر.
3. يجب أن تكون هناك برامج كافية لإعداد الكوادر الفنية من أجل تدريبهم على تقديم خدمات متخصصة تعالج الاحتياجات الأكاديمية وغير الأكاديمية الفريدة للطلبة ذوي الإعاقات البصرية. ويجب أيضاً أن تتوفر الفرص لجميع الموظفين الذين يعملون مع هؤلاء الطلبة للنمو المهني المستمر، فضلاً عن برامج تثقيف الوالدين المتخصصة.

فالطلبة المكفوفون وضعاف البصر يحتاجون إلى التربية والخبرات التي يحتاجها الطلبة المبصرون. وللحصول على ذلك، تستخدم أعداد كبيرة من الطلبة المكفوفين وضعاف البصر في الوقت الراهن مزيجاً من الأساليب للتعلّم بما في ذلك الكتب المسجلة على أشرطة، وكتب بريل، والقارئين المبصرين، والنصوص الإلكترونية، والمحاضرات المسجلة. لكنهم بسبب فقدان البصر أو ضعفه يقرأون ويكتبون مستخدمين نظام بريل بدلاً من القراءة والكتابة المطبوعة. وهم ينظرون إلى الأشياء

Scanned by CamScanner

بأيديهم بمعنى أنهم يعتمدون على حاسة اللمس بدلاً من حاسة البصر. وهم يستخدمون أيضاً الحواس الأخرى. وهم يطورون خرائط ذهنية لغرفة الصف لكي يتمكنوا من معرفة مواقع الأشياء فيها. وهم قد يستخدمون العصا للتنقل فهي ضرورية لاستقلاليتهم.



يستخدم كثير من المكفوفين العصا البيضاء كأداة مساعدة في التنقل

وتقترح كاستيلانو (Castellano, 2003) على المعلّمين تمكين الأطفال المكفوفين وضعاف البصر من عمل الأشياء بأنفسهم بدلاً من عملها لهم، وتقديم المعلومات لهم بدلاً من مساعدتهم، وإعطائهم الوقت الإضافي الذي يحتاجون إليه لتعلّم المهارات التي يتعلمها أقرانهم المبصرون. ويفضل أن يُكثر المعلّمون من استخدام المعلومات والتوجيهات اللفظية عند التعامل مع هؤلاء الأطفال. فعلى سبيل المثال، يجب أن ينادوهم بأسمائهم عندما يتحدثون معهم، ويصفوا طريقة عمل الأشياء بوضوح، ويصفوا خصائص الأشياء مثل شكلها وحجمها وموقعها ووظيفتها، ويستخدموا لغة طبيعية. وعليهم أيضاً أن يكيّفوا كل مهمة ليتمكن الطفل من تأديتها، وأن يشجعوه على استخدام كلتا يديه بدلاً من يد واحدة، وأن يستكشف الأشياء التي يتعامل معها، وأن يُبقي رأسه مرتفعاً، وأن لا يضغط بأصابعه على عينيه، وأن ينظر باتجاه الشخص الذي يتكلم معه، وأن يلعب مع أقرانه بشكل مناسب.

Scanned by CamScanner

محاكاة الإعاقة البصرية: طريقة مهمة لتوعية المعلّمين بالتحديات التي يواجهها المكفوفون

وتقترح الحديدي (2010) وكونا (Kuna, 2012) مراعاة العوامل التالية عند تنفيذ البرامج التربوية للأطفال المكفوفين وضعاف البصر:

1. تعليم الأطفال ذوي الصعوبات البصرية باستخدام المنهاج العادي وعدم إجراء تعديلات إلا عندما يكون هناك حاجة ماسة.
2. السماح للطفل بالتعرف على غرفة الصف واستكشاف ما فيها وإطلاعه على أية تغيرات تحدث فيها.
3. إزالة الحواجز غير اللازمة من غرفة الصف.

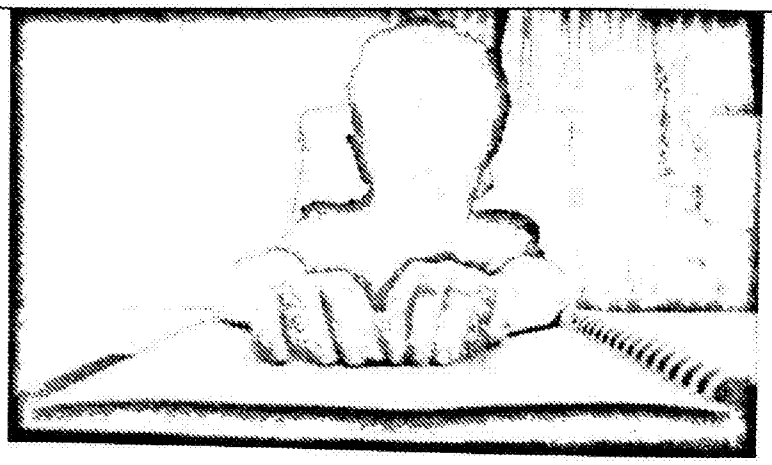
Scanned by CamScanner

مهارات التعرف والتنقل: مهارات يتم تدريب المكفوفين عليها للتنقل باستقلالية وثقة وأمان أكثر

4. المحافظة على مستوى جيد من الإضاءة في غرفة الصف وتوفير مصادر إضاءة إضافية عند الحاجة.
5. تخصيص مقعد واسع نسبياً يستطيع الطفل وضع آلة بريل والأدوات الأخرى عليه.
6. السماح للطفل بالجلوس في المكان الذي يمكنه من المشاركة في الأنشطة الصفية.
7. التكلّم في الصف بطريقة مسموعة وذكر كل شيء يكتب على السبورة أو تشتمل عليه الأوراق الموزعة.
8. استخدام آلة بريل والأشرطة المسموعة والكتب المكبرة والمواد الأخرى اللازمة.
9. تزويد الأطفال ببرامج تدريبية خاصة لتطوير مهارات التعرف والتنقل والنضج الاجتماعي الخ وذلك ما يعرف بالمنهاج المساند أو الإضافي.
10. التعرف على المعينات والمعدات الخاصة المستخدمة.

Scanned by CamScanner

11. وصف الأحداث اليومية الروتينية وتوضيحها فالأطفال ذوو الصعوبات البصرية غير قادرين على التعلّم بالملاحظة.
12. تخصيص مكان واسع نسبياً لخزن الأجهزة الخاصة وآلة بريل والكتب المكبرة.
13. توفير الخبرات العملية فمجرد وصف الخبرة لا يكفي.
14. تزويد الطفل بالإثارة السمعية الكافية والتواصل معه بشكل متكرر.
15. تزويد الطفل بالتغذية الراجعة المناسبة.
16. تخفيف المساعدة المقدمة للطفل ليصبح قادراً على الاعتماد على نفسه.
17. تكييف الامتحانات لتلائم طبيعة الضعف البصري.

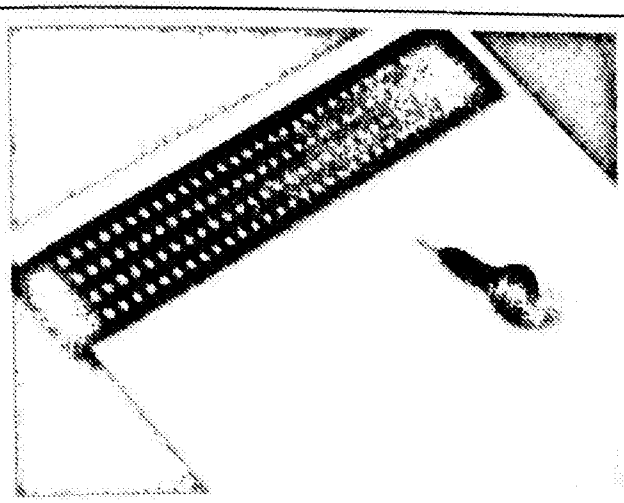


طالب كفيف يستخدم بريل للقراءة

ويلاحظ أن كثيراً من الأطفال ضعاف البصر يهملون القدرات البصرية المتبقية لديهم فلا يوظفونها. وتلك ممارسة غير صحيحة ويجب حثّ هؤلاء الأطفال على استخدام ما تبقّى لديهم من قدرة بصرية بشكل مفيد وذي معنى. فمن المعروف أن إثارة البصر (Vision Stimulation) أصبحت تشكل ومنذ عقود جزءاً مهماً من برامج تدريب وتربية الأطفال ذوي الإعاقة البصرية. ويتم تطوير برنامج لتنمية مهارات الإدراك البصري كجزء من المنهاج الإضافي الخاص، بصرف النظر عن إمكانية أن يصبح الشخص المعوق بصرياً قارئاً للمطبوعات العادية (الحديدي، 2010).

Scanned by CamScanner

ويستخدم كثير من الأطفال المكفوفين اللوح والمرقم (Slate and Stylus) للكتابة. واللوح هو أداة يدوية للكتابة بطريقة بريل ويستخدم معه مرقم (مخرز) وهو مسمار غير مدبب الرأس، وعليه قطعه خشبية أو بلاستيكية لمساعدة الشخص الكفيف في الضغط عليه عند الكتابة (الحديدي، 2010).



اللوح والمخرز

وتحتل برامج التدريب على التعرف والتنقل (Orientation and Mobility) مكانة هامة في برامج تعليم وتأهيل ذوي الإعاقات البصرية. وفي العادة فإن التدريب على التعرف، يسبق التدريب على التنقل ومن ثم يلازمه. ومن أهم المفاهيم التي يتدرب الفرد عليها في برامج التعرف: المفاهيم ذات العلاقة بالبيئة، والإيماءات، والحرارة، والوقت، والملمس، والاتجاهات الأساسية، ومفاهيم الخطوط (الحديدي، 2010).

أما التدريب على التنقل فهو يهدف إلى تطوير قدرة الطفل على التحرك من مكان إلى آخر بأمان وفاعلية. ويتطلب ذلك القوة العضلية، والوعي الجسمي، والوعي الفراغي. ويشتمل التدريب على التنقل على توظيف أربع استراتيجيات أساسية هي: المرشد المبصر، والعصا الطويلة ، والكلب المرشد، ومعينات التنقل الإلكترونية. وفي

Scanned by CamScanner

جميع هذه الطرق، يتسلسل التدريب وفق خطوات منظمة (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001).

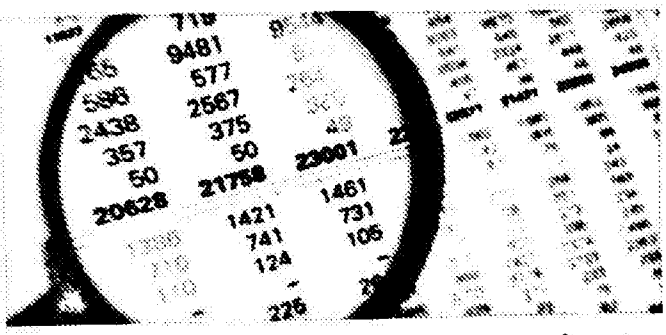
وكثيراً ما يستعين المكفوفون بدليل مبصر (Sighted Guide) عند التنقل في البيئة. وتتضمن هذه الطريقة قيام الشخص المبصر بمدّ ذراعه نحو المكفوف الذي يمسك بها من فوق المرفق. ويكون المكفوف واقفاً حوالى خطوة واحدة خلف المرشد المبصر ويكون كتفه الأيسر مثلاً خلف الكتف الأيمن للمرشد. وبعد أن يتعلم الشخص المكفوف مهارات التنقل، يجب عدم تشجيعه على الاعتماد المبالغ فيه على الدليل المبصر لأن الهدف هو أن يتنقل باستقلالية قدر المستطاع (الحديدي، 2010).

وقد يستخدم الأطفال المكفوفون وضعاف البصر أدوات متنوعة تكنولوجية وغير تكنولوجية سواء للتعلّم أو التنقل أو غير ذلك. فهناك مثلاً الأوبتاكون (Optacon) وهو جهاز يعمل على تحويل المعلومات المكتوبة أو المطبوعة إلى ذبذبات كهربائية حيث أن هناك كاميرا ملحقة بالجهاز يتم تحريكها على المادة المطبوعة سطراً سطراً. وهناك آلة كورزويل للقراءة وهي جهاز كمبيوتر يتعرف على الرموز البصرية من خلال كاميرا خاصة تقوم بمسح سريع لمحتوى الورقة، ويقوم الجهاز بقراءته بصوت مسموع عبر جهاز تحليل خاص.

آلة كورزويل للقراءة (Kurzweil Reading Machine)

Scanned by CamScanner

وهناك أيضاً الدائرة التلفزيونية المغلقة (Closed - Circuit T.V.) وهي أحد أجهزة التكبير واسعة الاستخدام وبخاصة في غرف المصادر التي تخدم الطلبة ضعاف البصر. ويتكون هذا الجهاز من شاشة تلفزيونية ترتبط بها كاميرا صغيرة الحجم تلتقط كل ما يقع تحتها من مواد مكتوبة أو مصورة فيرى الشخص ضعيف البصر ذلك الشيء مكبراً على الشاشة. وتكون الشاشة مزودة بمفاتيح خاصة للتحكم بدرجة التكبير، والإضاءة، وتغاير الألوان حسب حاجات القارىء (الحديدي، 2010).



المطبوعات أو الأدوات المكبرة: لم تعد المواد المكبرة والكتب ذات الصفحات كبيرة الحجم عملية في الوقت الحالي بسبب كلفتها العالية والحيز الذي تحتله. لذلك استبدلت هذه الممارسة بالمعينات البصرية المختلفة التي تسمح باستخدام التكبير المباشر بالأدوات البصرية المناسبة.

Scanned by CamScanner

المراجع

الحديدي، منى (2010). مقدمة في الإعاقة البصرية. دار الفكر، عمان: الأردن.

الخطيب، جمال، الحديدي، جمال (2010). مقدمة في التربية الخاصة. دار الفكر، عمان: الأردن.

الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل (2001). الإشراف العلمي: جمال الخطيب. المكتب التنفيذي. المنامة: مملكة البحرين.

American Foundation for the Blind (2012). *Educating students with visual impairments for inclusion in society: A paper on the inclusion of students with visual impairments*. www.afb.org/Section.asp.

Case, B., Zucker, S., &. Jeffries, J. (2005). *A primer on assessing the visually impaired*. Pearson.

Castellano, C.(2003). *Tips for classroom teachers*. Blind Children's Resource Center.

Erin, J. N. (2003). *Educating students with visual impairments*. Arlington, VA :The Council for Exceptional Children.

Hatlen, P. (1996). The core curriculum for blind and visually impaired students, including those with additional disabilities. *Review*, *28*(1), 25-32.

Keefer, A. (2011). *Characteristics of a visually impaired child*. Retrieved on Aug 17, 2012 from: http://www.livestrong.com/article/126096.

Kuna, D. (2012). *Teaching students with visual impairments*. www.cedu.niu.edu/~shumow/itt/VisualImpairment.pdf.

Parikshit, G., & Clare, G. (2007). Blindness in children: A worldwide perspective. *Community Eye Health*, 20(62): 32–33.

World Health Organization (2012). *Visual impairment and blindness*. Retrieved on Aug 16, 2012 from: www. who. int/ mediacentre/ factsheets/ fs282/en/.

Scanned by CamScanner

الفصل الثامن

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

Scanned by CamScanner

مقدمة

لم تعد الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين منذ عدة عقود تعامل بوصفها اضطرابات لا شأن للمدارس والمعلّمين بها. فهي ليست مسؤولية المتخصصين في الطب النفسي، أو علم النفس العيادي والإرشاد النفسي فقط. فالطالب هو الطالب وينبغي على المدرسة أن تتحمّل مسؤولياتها في تمكينه من التعلّم ومساعدته على التغلب على العوامل التي قد تؤثر سلباً على هذا التعلّم. وعلى ضوء ذلك، تعامل الاضطرابات السلوكية والانفعالية (باستثناءات قليلة جداً) في المجتمعات المعاصرة بوصفها إحدى فئات الاعاقة التي تقتضي تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات الداعمة. علاوة على ذلك، فان الاضطرابات السلوكية ترافق حالات الاعاقة الأخرى في كثير من الحالات.

اضطرابات السلوك أكثر شيوعاً في الطفولة مما يعتقد الكثيرون

ويعدّ السلوك مضطرباً إذا اختلف جوهرياً وبشكل متكرر عمّا يعتبر سلوكاً طبيعياً من حيث تكراره أو مدته أو شده أو شكله. ولأن السلوك لا يحدث في فراغ فلا بد من الحكم عليه في ضوء الموقف أو العمر الزمني للفرد أو جنسه أو مجموعته الثقافية. ويظهر لدى الأشخاص ذوي الاضطرابات السلوكية/الانفعالية جملة من الخصائص من أهمها:

Scanned by CamScanner

- عدم القدرة على التعلّم غير ناجمة عن انخفاض في القدرة العقلية العامة أو العجز الحسّي أو الجسمي.
- عدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية طبيعية مع الأقران والمعلّمين.
- الإحساس العام بالكآبة والحزن.
- الشكوى من أعراض نفسية – جسمية (مخاوف وآلام) ليس لها جذور جسمية واضحة.
- إصدار استجابات غير تكيفية وأنماط سلوكية غير عادية في المواقف العادية.

وتصنف الأدبيات السلوكية والتربوية الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى أربع فئات رئيسية وهي:

1. اضطرابات التصرّف (Conduct Disorders):

اضطرابات التصرّف أكثر شيوعاً لدى الذكور منها لدى الإناث. وتظهر هذه الاضطرابات على هيئة سلوكيات غير اجتماعية عنيفة وتتصف بكونها مزمنة ويصعب السيطرة عليها. ومن أعراض هذه الفئة من الاضطرابات: السلوك العدواني، والتهور، والكذب والسرقة، والتخريب، والنشاط الزائد، ونوبات الغضب، وحب السيطرة، وعدم احترام التعليمات ومخالفة قواعد السلوك. واستناداً إلى نتائج الدراسات العلمية، يعتقد أن اضطرابات التصرف تنتج عن المشكلات الأسرية، والمشكلات الاقتصادية، وإساءة معاملة الأطفال، والعوامل الوراثية، وتناول الأم للكحول أثناء الحمل أو إساءة استخدامها للعقاقير.

Scanned by CamScanner

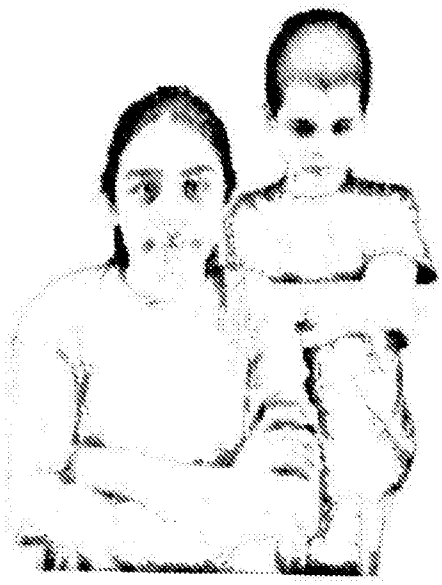
اضطرابات التصرف ظاهرة شائعة في الطفولة

2. السلوك غير الناضج (Immature Behavior):

هو عدم نضج الطفل أو تطوره انفعالياً، واجتماعياً، وسلوكياً، ومعرفياً كما هو متوقع ممن هم في عمره. فالطفل يتصرف كمن هم أصغر منه سناً. وقد يصف بعض أولياء الأمور أطفالهم بأنهم غير ناضجين وهم ليسوا كذلك ولكن توقعات أولياء الأمور مرتفعة جداً. كذلك قد يتصرف بعض الأطفال بطريقة غير ناضجة تحت الضغط النفسي فقط أو قد يتصرفون بمنتهى النضج في بعض الأمور وبطريقة غير ناضجة في أمور أخرى. ويحتاج مثل هؤلاء الأطفال إلى التشجيع والدعم العاطفي أما انتقاد سلوكه غير الناضج فغالباً ما يؤدي إلى مزيد من عدم النضج.

وهناك عدة مؤشرات على السلوك غير الناضج منها: الشكوى والتذمر، والتهور، وأحلام اليقظة، والتمركز حول الذات، والاعتمادية، والتشتت وضعف الانتباه، وعدم الاهتمام بالدراسة، والتفاعل مع من هم أصغر سناً، وعدم الاكتراث والفوضى، والتصرف بطريقة سخيفة مضحكة.

Scanned by CamScanner



عدم النضج مشكلة كبيرة إذا لم تعالج مبكراً، وإذا سُمح لها بالاستمرار فهي مؤذية للطفل وللأسرة وللمدرسة.

3. اضطراب الشخصية (Personality Disorders):

يواجه الطفل الذي لديه اضطرابات في الشخصية مشكلات في إدراك الأشياء والناس من حوله وفي القدرة على التواصل معهم بشكل طبيعي. وهي بوجه عام حالات يكون فيها تفكير الطفل وسلوكه غير مرن وغير صحي. ومن أعراض اضطرابات الشخصية: تغير المزاج بشكل متكرر، والعلاقات غير المستقرة مع الغير، وثورات الغضب، والاندفاع، والانسحاب الاجتماعي، والخجل، والقلق، والجبن، والشعور بالنقص أو الذنب. واضطرابات الشخصية أنواع عديدة وأسبابها تشمل العوامل الوراثية والعوامل البيئية. ومن عوامل الخطر المرتبطة بها: الأحداث الحياتية الصادمة، والأوضاع الاقتصادية الصعبة، وإساءة المعاملة والإهمال في الطفولة، والظروف الأسرية المضطربة.

وتصنف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في دليل تشخيص الاضطرابات العقلية الرابع (DSM-IV) اضطرابات الشخصية ضمن ما يزيد عن أحد عشر اضطراباً مختلفاً، وأكثر هذه الاضطرابات تميزاً من حيث الأنماط السلوكية هي:

Scanned by CamScanner

1. الشخصية القهرية (Compulsive Personality) وتتميز بالانشغال المفرط بالقواعد والنظام والفاعلية والتفاصيل والعجز عن التعبير عن العواطف الدافئة.
2. الشخصية الارتيابية (Paranoid Personality) وتتميز بعدم الثقة والارتياب.
3. الشخصية غير الاجتماعية (Antisocial Personality) أو السيكوباثية (Psychopath) وتتميز بالصراع المستمر مع المجتمع وعدم الشعور بالذنب وعدم الاخلاص في العلاقات مع الآخرين.

تستطيع التفاعلات الإيجابية لأولياء الأمور مع أطفالهم أن تحدّ من اضطرابات الشخصية لدى الأطفال في المستقبل

4. السلوك العدائي والجانح (Aggressive Behavior and Delinquency):

تشهد المجتمعات الإنسانية زيادة في السلوكيات العنيفة، وغير الاجتماعية، والعدائية. وهذه الاضطرابات أكثر انتشاراً بين الذكور وفي بعض الثقافات. ومن عوامل الخطر المرتبطة بحدوثها: أنماط التنشئة الأسرية غير التكيفية، والأوضاع الاقتصادية الاجتماعية المتدنية، والفشل المدرسي، ورفض الأقران، والتهور، وانخفاض الذكاء.

والجنوح مصطلح قضائي وليس مصطلحاً نفسياً أو طبياً. وهو مشكلة اجتماعية خطيرة على المستوى المحلي والعالمي. والأطفال المعرضون لخطر أن يصبحوا مجرمين في سن الرشد هم الذين يرتكبون جرائم وهم صغار، ولديهم اضطرابات

Scanned by CamScanner

عصبية وينحدرون من أسر لها تاريخ من السلوك المضاد للمجتمع. وتستخدم أشكال متعددة من التدخل للوقاية من مشكلة الانحراف وعلاجها. علاج الانحراف أمر بالغ الصعوبة فبالرغم من أن الكثير من البرامج قد تنجح في تغيير السلوك الجانح أثناء تطبيق البرنامج فإن الطفل يعاود سلوك الانحراف بعد عودته إلى البيئة المنزلية. ولذا فإن البرامج الحالية تركز على المشكلات الاجتماعية والبيئية والتربوية والنفسية في الوقت ذاته.

أشارت عدة دراسات إلى أن معظم الأحداث الجانحين ينتمون لأسر يعمل فيها كلا الوالدين بدوام كامل. وتحدث المشكلة إذا أصبح تفكير الوالدين متمركزاً على وظيفتيهما على حساب الاهتمام بأطفالهما، والانتباه إلى احتياجاتهم، وتزويدهم بالعطف والحنان والحب الذي يحتاجون إليه.

وتصنف مراجع أخرى (مثل: Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2009) الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى ثلاث مجموعات:

1. الاضطرابات السلوكية الموجهة نحو الخارج (Externalized Behaviors)
2. الاضطرابات السلوكية الموجهة نحو الداخل (Internalized Behaviors)
3. الاضطرابات ذات المعدلات المنخفضة (Low Incidence Disorders)

Scanned by CamScanner

تتصف الاضطرابات السلوكية الموجهة نحو الخارج بكونها تعبّر عن ذاتها خارجياً مثل: العدوان، والعصيان، والتهور، والإكراه، والنشاط الزائد، وثورات الغضب، والسرقة. أما الاضطرابات السلوكية الموجهة نحو الداخل فهي تشمل: الانسحاب، والاكتئاب، والقلق، والوحدة النفسية، والمخاوف، والخجل الشديد، وفقد الشهية للطعام، والشره المرضي. وأما الاضطرابات ذات المعدلات المنخفضة فهي نادرة الحدوث لكنها قد تكون بالغة الخطورة مثل الفصام.

نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية

لا تكاد المراجع العلمية تتفق على أرقام وإحصائيات محددة عندما يتعلق الأمر بمعدلات حدوث أو انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية. وذلك أمر متوقع على ضوء تباين التعريفات، والأدوات المستخدمة لجمع المعلومات، وحجم العينات في الدراسات التي يتم إجراؤها، إلخ. إلا أن من الأمور الواضحة أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية أكثر شيوعاً لدى الذكور منها لدى الإناث، وهي أكثر ما تكون انتشاراً في الطفولة المتأخرة وسنوات المراهقة المبكرة. وتنقل ستيسي (Stacy, 2012) عن سكوت (Scott) تأكيده على أن البدايات الفعلية للاضطرابات السلوكية والانفعالية توجد قبل أن يبلغ الأطفال السابعة من أعمارهم. وتشير هذه الكاتبة إلى أن دراسات أجريت في عدة دول توصلت إلى أن نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية بين أطفال المدارس في العالم تقدّر بحوالى 5٪. وكما هو متوقع، فالاضطرابات السلوكية والانفعالية البسيطة والمتوسطة أقل انتشاراً من الاضطرابات الشديدة. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، قدّرت الدراسات حسب ستيسي (Stacy, 2012) نسبة انتشار هذه الاضطرابات ما بين 1-4٪ لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 9-17 سنة.

Scanned by CamScanner

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

لا تزال أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية غير مفهومة جيداً شأنها في ذلك شأن أسباب معظم الإعاقات الأخرى. وعلى أي حال، فإن الدراسات العلمية في العقود الماضية جعلت العلاقات بين بعض عوامل الخطر وهذه الاضطرابات أكثر وضوحاً. إلا أنه ما زال من الصعوبة بمكان تحديد سبب محدد ودقيق في كثير من الحالات. كذلك فان الاضطرابات السلوكية والانفعالية تنتج عن جملة من العوامل لا عن عامل واحد في معظم الحالات. وما نستطيع قوله في الوقت الراهن هو أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تنتج في ما يبدو عن مجموعة من الأسباب البيولوجية، والبيئية، والنفسية، والاجتماعية ((Walker, Ramsey, & Gresham, 2004).

العوامل البيولوجية:

- اضطربات أو إصابات دماغية محددة
- إساءة استخدام العقاقير أثناء الحمل
- خلل في الناقلات العصبية
- العوامل الوراثية

العوامل البيئية:

- إساءة معاملة الأطفال
- الفقر
- أنماط الحياة الأسرية المضطربة
- الخبرات الحياتية الصادمة
- أنماط التنشئة الأسرية العقابية والقاسية
- الإدمان على المواد أو الكحول في الأسرة

Scanned by CamScanner

العوامل النفسية:

- ضعف العمليات العقلية الإدراكية
- مشكلات الوعي الأخلاقي (عدم الشعور بالذنب)

العوامل الاجتماعية:

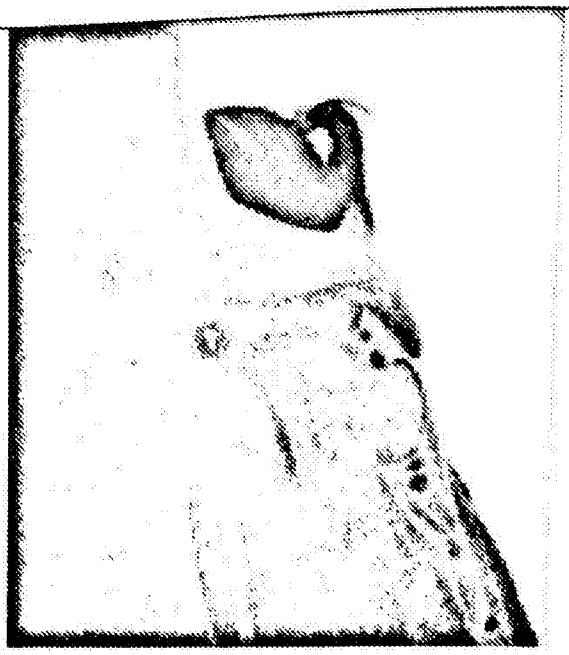
- الأوضاع الاقتصادية الاجتماعية المتدنية
- أنماط إدارة السلوك وتنظيمه التي يستخدمها المعلّمون في المدارس
- رفض الأقران

أنواع الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال

اضطرابات القلق (Anxiety Disorders)

قد يكون القلق رد فعل طبيعي للضغوط النفسية. لكنه عندما يصبح شديداً وغير واقعي ومتكرراً حول أحداث راهنة أو سابقة أو مستقبلية فإنه يصبح اضطراباً (American Psychiatric Association, 2000). فالقلق المعتدل يعمل بمثابة محرك للسلوك والأداء، وأما القلق الذي يزيد عن المدى الطبيعي فإن مفعوله يصبح عكسياً. ولاضطراب القلق مجموعة من الأعراض منها: الرجفة، وجفاف الحلق، وتهدج الصوت، والتهيج، والبكاء والصراخ، وسرعة الحركة، والتفكير الوسواسي، والأرق، والأحلام المرعبة، وفقدان الشهية، والتعرق، والغثيان وصعوبات التنفس، والتقلصات اللاإرادية.

Scanned by CamScanner



القلق حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهمّ المتعلق بأحداث الحياة اليومية والمستقبل. وهو يشمل شعوراً بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال خطر ما. وقد يكون هذا الخطر حقيقياً أو متخيلاً.

وقد تبدأ أعراض القلق بالظهور لدى الأطفال في سن مبكرة جداً على شكل خوف من فقدان الأم (قلق الانفصال) أو خوف من الغرباء (قلق الأغراب). ويعدّ الخوف من فقدان حب الأبوين مصدراً للقلق لدى معظم الأطفال والمراهقين. وتشكل المدرسة والامتحانات مصدر قلق لنسبة غير قليلة من الطلبة في مختلف مراحل التعليم. وإذا ارتفع قلقهم بمستوى عالٍ فقد يشلّ حركتهم عن القيام بأي عمل.

واضطرابات القلق من الاضطرابات الانفعالية الشائعة لدى الأطفال. ويمكن للآباء والمربين مساعدة الأطفال في مواجهة القلق من خلال طرق متعددة منها:

1. التدريب على الاسترخاء والتفكير المنطقي
2. تنظيم برامج خالية من الفشل (واقية من الفشل)
3. تنظيم نشاطات مرتبة بتسلسل فيما يتعلق بدرجة الصعوبة بحيث تضمن للطفل النجاح

Scanned by CamScanner

4. إلغاء التنافس مع الآخرين والتقليل من نشاطات السرعة التي تتضمن تنافساً مع الوقت
5. استخدام الدمى والسيكودراما كوسائل للتعبير عن الذات فيما يتعلق بالخوف أو القلق
6. استخدام نشاطات تحد من التمركز حول الذات والانشغال التام بالذات
7. إحالة الطفل للإرشاد النفسي عند الضرورة

مشكلات التكيف (Adjustment Problems)

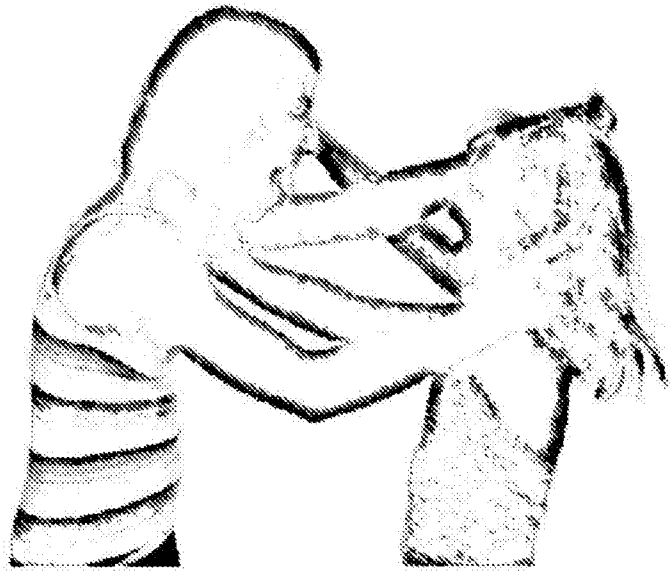
الضغوطات أمر طبيعي في الحياة، ويجب على الفرد أن يستخدم مهارات تكيفية ويحصل على الدعم الاجتماعي لمواجهة هذه الضغوطات. ومشكلة التكيف هي مواجهة صعوبة بالغة في التكيف مع واقع جديد وإظهار استجابات غير تكيفية وغير صحية في المواقف الضاغطة والمسببة لعدم الارتياح النفسي. ومن هذه الاستجابات: الشعور بالحزن وعدم الحيلة، والقلق، والبكاء والصداع، واضطراب الأداء في العمل أو المدرسة، واضطراب الفاعلية والعلاقات الاجتماعية. أما المواقف التي قد تسبب عدم التكيف فهي متنوعة وقد تشمل: إنهاء علاقة ما، تغيير العمل أو فقدانه، فقدان شخص عزيز، الإصابة بمرض خطير، والتعرض لاعتداء أو كارثة (American Psychiatric Association, 2000).

وتعتبر الحالة اضطراباً في التكيف إذا استمرت الاستجابات غير التكيفية بعد انتهاء الموقف الضاغط لفترة تزيد عن ثلاثة أشهر. وترافق اضطرابات التكيف حالة من القلق أو المزاج الاكتئابي أو السلوك غير المناسب كالعنف والتشاجر والتهور. وتقتضي مشكلات التكيف تقديم خدمات العلاج النفسي أو الإرشاد النفسي. وقد تكون مجموعات الدعم ذات فائدة كبيرة. ويمكن للآباء والمربين أن يسهموا في وقاية الأطفال من مشكلات التكيف بمساعدتهم على اكتساب وتوظيف المهارات التكيفية المناسبة مثل مهارات الاسترخاء وحل المشكلات.

Scanned by CamScanner

السلوك العدواني (Aggressive Behavior)

السلوك العدواني هو أي سلوك يهدف إلى الايذاء أو التخريب. وما يعنيه ذلك هو أن السلوك العدواني فعل مقصود وأن السلوك التخريبي هو فعل عدواني لكنه موجه نحو الأشياء وليس الناس. والسلوك العدواني إما أن يكون عدواناً وسيلياً بمعنى أن الهدف منه هو الحصول على ما يملكه الشخص الآخر وليس ايذاءه وإما أن يكون عدواناً عدائياً بمعنى أن الهدف منه هو ايقاع الأذى بالآخرين.



قد يكون العدوان جسدياً (Physical)، أو لفظياً (Verbal)، أو رمزياً (Symbolic)

وقد قدمت تفسيرات مختلفة للسلوك العدواني. ومن أكثر الأسباب التي يعتقد أنها تكمن وراء هذا السلوك: (1) العوامل الوراثية والعضوية / البيولوجية، (2) الضغوطت النفسية المتواصلة والاحباط، (3) الخبرات السلبية التي تفتقر إلى نماذج مؤثرة غير عدوانية، (4) أنماط التنشئة الأسرية القاسية، (5) الصراعات الأسرية، (6) الافتقار إلى المهارات الاجتماعية.

ومن الأساليب الفعالة لمعالجة السلوك العدواني والوقاية منه: تطوير المهارات الاجتماعية المناسبة لدى الأطفال، وتعزيز السلوك غير العدواني، وعدم تعزيز السلوك

Scanned by CamScanner

العدواني، وتجنب استخدام العقاب البدني، وتقديم النماذج الاجتماعية المناسبة، واستخدام أنماط تنشئة أسرية إيجابية ودافئة وداعمة، وإزالة أسباب القلق والضغوطات النفسية، وتجنب الغضب.

السلوك الفوضوي (Disruptive Behavior)

هو سلوك يعرقل سير نشاطات الآخرين في البيت أو في البيئة الصفية أو في سياق نشاط منظّم. ويأخذ السلوك الفوضوي أشكالاً متنوعة منها: مقاطعة الحديث أو الحديث غير المناسب، والضحك، والتصفيق، والخروج من المقعد، وإلقاء الأشياء على الأرض، والدربكة بالأرجل، والصراخ، والغناء، والتصفير وغيرها من السلوكيات غير الانضباطية التي تعرقل نشاطات الآخرين. كما تتضمن الاستجابات الفوضوية عدم التعاون وإظهار سلوك فج أو وقح والسخرية أو الاستهزاء. وهذه الاستجابات غير المقبولة شائعة في المدارس العادية ولكنها أكثر شيوعاً في مدارس ومراكز التربية الخاصة.

ويحتاج الأطفال الذي يتصف سلوكهم بالفوضى إلى إشراف مباشر ومكثف نسبياً من الراشدين. كما يحتاج الراشدون إلى تطوير علاقات إيجابية مع هؤلاء الأطفال. ويمكن للآباء والمعلّمين معالجة السلوك الفوضوي من خلال الحرمان من التعزيز عند ظهور السلوك الفوضوي. كما يمكن تجاهل السلوك الفوضوي للطفل وتعزيز السلوك المناسب الذي يظهره. ومن أساليب تعديل السلوك الأخرى التي يمكن استخدامها التنظيم الذاتي، والتصحيح الزائد، والاقصاء عن التعزيز الايجابي.

السلوك المضاد للمجتمع (Antisocial Behavior)

هو سلوك غير مقبول اجتماعياً يضع الشخص في حالة صراع مع معايير المجتمع التي تمكّن الأفراد فيه من العيش بسلام. ويظهر السلوك المضاد للمجتمع بأشكال مختلفة مثل العصيان أو الكذب أو السرقة أو الغش، أو استخدام اللغة البذيئة، أو إشعال الحرائق. وللسلوكيات المضادة للمجتمع أسباب عديدة منها العوامل البيئية

Scanned by CamScanner

والوراثية، والتعرض لإساءة المعاملة، والتفكك الأسري الذي لا يوفر للطفل التوجيه المناسب وفقدان الاهتمام والرعاية والمحبة التي تمثل حاجات أساسية تحتاج إلى إشباع. فإذا لم يستطع الطفل أو المراهق إشباع هذه الحاجات داخل الأسرة فهو يلجأ إلى الرفاق الذين يتصفون في الأغلب بالسلوك المعارض للمجتمع (American Psychiatric Association, 2000).

ولمعالجة السلوكيات المضادة للمجتمع لا بد من اشباع حاجات الطفل للمحبة والانتماء مع وضع معايير لضبط سلوك الأبناء والحرص على فرضها واستخدام أساليب التعزيز والعقاب في التحكم بسلوك الطفل أو المراهق بحيث تعزز السلوكيات الاجتماعية مع تجاهل السلوك غير المناسب اجتماعياً أو فرض جزاءات على الطفل كلما قام بسلوك مضاد للمجتمع.

إثارة الذات (Self-Stimulation)

سلوك إثارة الذات أو ما يعرف أيضاً بالسلوك النمطي (Stereotypic Behavior) هو حركات جسمية متكررة أو التحريك المتكرر للأشياء. فقد تشمل الإثارة الذاتية أرجحة الجسم والتصفيق باليدين والتحديق بالضوء أو الأشياء التي تدور واللعب بالأصابع وتكرار الألفاظ والمشي على أصابع القدمين وتكرار عبارات أغنية معينة. وقد يستمر بعض الأطفال بإثارة الذات خلال معظم ساعات اليقظة. وبالرغم من أن الاثارة الذاتية لا تسبب أذى جسمياً للشخص، فإنها استجابات شاذة تؤثر سلبياً على قدرته على الانتباه والاستجابة للمثيرات البيئية.

Scanned by CamScanner

الرفرفة باليدين إحدى أنماط السلوك النمطي الشائعة بين الأطفال الذين لديهم توحد

وتتباين الآراء حول أسباب هذا السلوك تبعاً للنظرية التي تقدّم التفسير. لكن أكثر الأساليب العلاجية فاعلية هي أساليب تعديل السلوك (مثل التصحيح الزائد، والتعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى وللسلوك البديل، والتقييد الجسدي) والعقاقير الطبية وبخاصة الميلاريل (Mellaril).

إيذاء الذات (Self- Injury)

يتضمن ايذاء الذات سلوكيات مثل الخدش أو الجرح أو الصفع أو لكم الذات، كما يقوم بعض الأطفال بعضّ أنفسهم، أو شد شعرهم، أو نزع جلدهم أو ابتلاع الأشياء أو السموم، أوضرب الرأس سواء بجسم ليّن كالمخدة أو بشيء صلب كالحائط أو ظهر المقعد .وهناك أشكال أخرى من ايذاء الذات مثل الامتناع عن تناول دواء ضروري جداً للطفل كالانسولين، أو القفز من مكان مرتفع أو الجري وعبور الشارع وسط سير كثيف. ويعتبر الانتحار أشد اشكال ايذاء الذات الذي يلاحظ أنه في تزايد بين الأطفال والمراهقين. وتشير أدبيات التربية الخاصة إلى أن ايذاء الذات

Scanned by CamScanner

قد يحدث لدى الأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة وخاصة منهم الذين يعانون من مستويات شديدة من الإعاقة العقلية والاضطرابات السلوكية.

أما فيما يتعلق بالأسباب، فثمة ثلاث وجهات نظر رئيسة إزاءها وهي: (1) وجهة النظر الطبية التي ترى أن ايذاء الذات ينتج عن اضطرابات جسمية، (2) وجهة النظر السلوكية التي ترى أن الايذاء الذاتي سلوك متعلّم تشكله عوامل التعزيز والافتقار إلى الإثارة البيئية، (3) وجهة النظر التحليلية النفسية التي ترى أن ايذاء الذات هو وسيلة دفاعية يستخدمها الأنا لتحويل الغضب من الآخرين إلى الذات (إزاحة). وكما هو الحال بالنسبة للسلوك العدواني فأكثر الأساليب العلاجية فاعلية في خفض ايذاء الذات أو ايقافه هي أساليب تعديل السلوك وخاصة منها: التصحيح الزائد، والإطفاء، والتعزيز التفاضلي للسلوك البديل أو المناسب.

سلوك التحدي والمعارضة (Oppositional Defiant Behavior)

إنه لأمر طبيعي أن يعارض الأطفال (خاصة الأحداث منهم) السلطة بين الحين والآخر. فهم قد يجادلون ويعصون الأوامر ويجيبون أولياء أمورهم ومعلّميهم. وعندما يكون هذا السلوك طويل المدى (لمدة تزيد عن نصف سنة) ويكون عنيفاً وشديداً فهو يصبح اضطراباً سلوكياً يسمى سلوك التحدي والمعارضة (American Psychiatric Association, 2000). والأطفال الذي يعانون من هذا الاضطراب كثيراً ما يفقدون السيطرة على أنفسهم، ويستخدمون السباب والشتائم وغالباً ما يكونون غاضبين، ورافضين، وينزعجون لأتفه الأسباب، ويقاومون ويتحدّون باستمرار طلبات الراشدين أو قوانينهم، ويتعمّدون إزعاج الآخرين.

Scanned by CamScanner

سلوك التحدي والمعارضة أكثر شيوعاً بين الذكور منه بين الإناث

ومن خصائص هؤلاء الأشخاص توجيه اللوم للآخرين على سلوكهم، وعدم القدرة على تحمل الاحباط، وتذبذب المزاج، نوبات الغضب، واستخدام لغة بذيئة عندما يغضبون، وعدم القدرة على التركيز. ويقترح على أولياء الأمور الذين لديهم مثل هؤلاء الأبناء اتباع أساليب تنشئة تتصف بالثبات والوضوح والمنطقية في الأوامر مع وضع قوانين محددة تحكم سلوك الأطفال في المنزل شريطة أن تكون قليلة العدد ومنطقية، والاستعانة بأساليب التعزيز في حالة انصياع الطفل وقيامه بما طلب منه مع تجاهل سلوك التحدي الخفيف ومعاقبة سلوك التحدي الشديد بالحرمان من التعزيز أو بأساليب أخرى.

سلوك جذب الانتباه (Attention – Seeking Behavior)

جميل أن نحظى بانتباه الآخرين واهتمامهم. ولكن محاولة الأطفال الفوز بالانتباه من خلال إساءة التصرف يعدّ اضطراباً سلوكياً. ويشمل هذا الاضطراب محاولة الحصول على انتباه الآخرين من خلال أي سلوك لفظي أو غير لفظي غير مناسب (مثل الصراخ، والتهريج، والهرب. ويحرص الطفل الباحث عن الاهتمام على أن تكون له دائما الكلمة الأخيرة في الحديث. وهناك سلوكيات مرافقة مثل الدربكة بالأقدام، والفرقعة بالأصابع، والتلويح بالأيدي، والوشاية والتذمر).

Scanned by CamScanner

ويقترح استخدام الأساليب التالية للتعامل مع سلوك جذب الانتباه:

- تجاهل السلوك غير المناسب الذي يسعى الطفل من خلاله للحصول على الانتباه أو للحصول على شيء تمَّ منعه عنه
- الانتباه للسلوك المناسب الذي يصدر عن الطفل
- تدريب الطفل على طلب ما يريده من أشياء بطريقة مناسبة
- توفير أوقات خاصة ومحددة للجلوس مع الطفل والاهتمام به
- بدلاً من التركيز على ما ينبغي على الطفل أن يمتنع عن تأديته يفضل التركيز على إبلاغه بما ينبغي عليه أن يفعله

الاكتئاب (Depression)

قد يبدو الطفل حزيناً أو تعيساً دون أن يعني ذلك أنه طفل مكتئب. أما إذا استمرت هذه الأعراض وأصبحت تؤثر على علاقاته الاجتماعية، وميوله، وأدائه في المنزل والمدرسة فقد يعني ذلك أن لديه اضطراب الاكتئاب (American Psychiatric Association, 2000). واضطراب الاكتئاب هو شعور بالحزن والغمّ وإحساس بعدم الحيلة مصحوب بانخفاض في الفاعلية. ويميل الطفل المكتئب إلى التحدث بصوت خافت، ونادراً ما يضحك، وتظهر لديه أنماط من التقلب المزاجي واضطرابات في النوم والأكل، والتهيج وسرعة البكاء. وقد يظهر الأطفال شكاوى جسمية مثل الصداع وآلام المعدة والشعور بالتعب والإرهاق وفقدان الطاقة، وفقدان الاهتمام بالرياضة واللعب وتدهور الأداء المدرسي. وقد يشعر مثل هؤلاء الاطفال بالنبذ وبأنهم غير محبوبين. وقد يقللون من قيمة أنفسهم ويشعرون بالذنب دون مبرّر، كما أنهم ينظرون لأنفسهم وللعالم بمنظار أسود.

Scanned by CamScanner

الاكتئاب ليس مشكلة تحدث لدى الكبار فقط، فالأطفال قد يكتئبون. وقد طرأت زيادة ملحوظة في العقدين الأخيرين على أعداد الأطفال الذين يتم تشخيص الاكتئاب لديهم

ومن العوامل التي يعتقد أنها ترتبط بالاكتئاب الوراثة، والنمذجة، والشعور بالذنب، والشعور بالعجز أو التوتر والقلق. وقد يظهر الاكتئاب كاستجابة للخسارة الفادحة، (كفقد أحد الوالدين) أو كوسيلة للحصول على الاهتمام والحب والتعاطف.

وتشمل أساليب معالجة الاكتئاب كلاً من الإرشاد أو العلاج النفسي والعقاقير الطبية المضادة للاكتئاب (مثل بروزاك). ويقترح على آباء الاطفال المكتئبين الانتباه للإشارات التحذيرية التي يبديها الطفل وتشير إلى مزاجه الاكتئابي، وتعتبر مناقشة الحزن بشكل منفتح أسلوباً مناسباً لتخفيف شعور الطفل بالحزن والاكتئاب. وقد يكون مفيداً أن تخطط الأسرة لبعض الأنشطة الممتعة وإشراك الطفل فيها لإخراجه من عزلته وحزنه. كذلك فإن تعليم الطفل استخدام عبارات ايجابية عن ذاته يقلل من شعوره بالدونية وعدم الجدارة.

Scanned by CamScanner

الاضطرابات الاستحواذية القهرية (Obsessive –Compulsive Disorders)

قد يساور كل الأطفال القلق والشك من أشياء مختلفة. لكن بعض الأطفال يسيطر عليهم ويشغل تفكيرهم ما إذا كان شيء ما سيكون ضاراً أو خطراً، أو خاطئ، أو غير نظيف أو بالتفكير بامكانية أن تحدث أشياء سيئة. ويعتقد أن الاضطرابات الاستحواذية القهرية تنتج عن جملة من العوامل منها العوامل الوراثية، والخلل في الناقل العصبي المعروف باسم سيروتونين. والاستحواذ أحد أصعب أنواع العصاب وأشدها مقاومة للشفاء وهو تفكير غير معقول يلازم الفرد دائماً ويحتل جزءاً من وعيه أو شعوره ويعجز عن التخلص منه مثل تكرار فكرة أو خيال أو دافع بغيض يحاول الفرد تجاهله أو كبته ولكنه لا يستطيع. ومن أكثر أنماط الاستحواذ شيوعاً (American Psychiatric Association, 2000):

- الخوف من الأوساخ أو الجراثيم
- الخوف من التلوث
- الحاجة إلى النظام والدقة
- الهواجس الدينية
- الانشغال بفضلات الجسم
- أرقام الحظ وسوء الحظ
- الأفكار الجنسية أو العدوانية
- الخوف على النفس أو على الأقارب من المرض
- الانشغال باللوازم المنزلية
- الأصوات أو الكلمات المتطفلة

أما القهر، فهو فعل أو سلوك نمطي متكرر غير معقول يضطر صاحبه إلى القيام به رغماً عنه مع بذل الجهد لمقاومته (ومثال ذلك غسل الأيدي عشرات المرات أو تفقد الباب مرات عديدة للتأكد من أنه مقفل). ويؤدي القهر إلى خفض القلق آنياً، لكنه غير فعّال على المدى الطويل. ومن أكثر أنماط القهر شيوعاً:

Scanned by CamScanner

- طقوس النظافة الشخصية، بما في ذلك غسل اليدين والاستحمام، وتنظيف الأسنان
- الذهاب والخروج من المداخل، والتحرك من خلال المساحات بطريقة خاصة، أو إعادة القراءة، والمحو، وإعادة الكتابة
- التأكد من وجود الجهاز أو أن الباب مقفل
- لمس الأشياء بشكل متكرر
- طقوس لمنع إيذاء النفس أو الآخرين
- ترتيب أو ترتيب الكائنات
- طقوس العد
- كنز وجمع أشياء ليس لها قيمة
- الطقوس التنظيف المتصلة بالمنزل

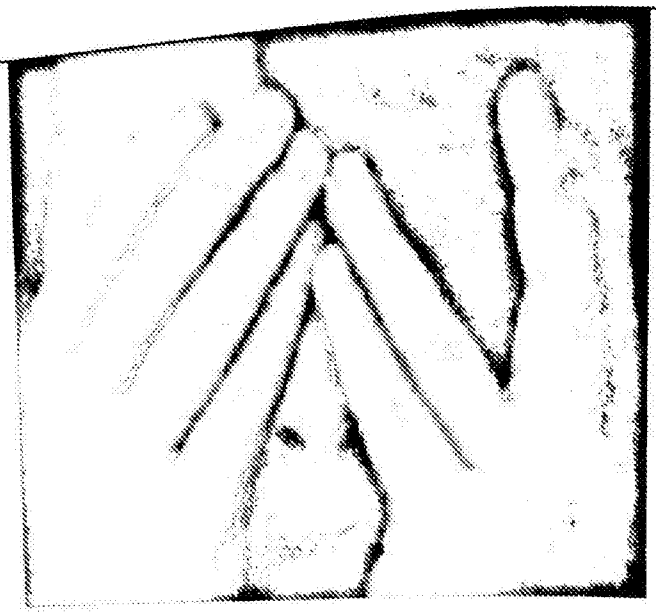
ومن أكثر الأساليب فعالية في معالجة الاضطرابات الاستحواذية القهرية العلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير الطبية.

الرهاب (Phobia)

الرهاب أو الخوف المرضي هو أحد أنواع اضطرابات القلق وهو خوف متواصل وغير معقول وغير منطقي من شيء أو موقف معيّن يبذل الشخص كل جهد ممكن لتجنبه. ويختلف الخوف المرضي عن الخوف الاعتيادي المعقول فالخوف المرضي يسبب كرباً أو محنة للشخص وقد يعطل علاقاته ونشاطاته.

وتشمل أعراض الخوف المرضي الشعور باضطراب عام، وعمل الجهاز العصبي الذاتي بشدّة، فيضيق الصدر ويشعر المريض بالاختناق ويزداد الخفقان والتعرق الشديد والوهن العضلي والآلام في الأحشاء وربما الإسهال وكثرة التبول. ويرتفع القلق إلى درجة قد يلجأ فيها المريض إلى الهرب من ذلك الموقف أو الانهيار والإغماء أو الغثيان والتقيؤ والدوار.

Scanned by CamScanner



يعتبر العلاج السلوكي من أنجح الوسائل المستخدمة في علاج المخاوف المرضية وبخاصة تقليل الحساسية التدريجي أو الكف المتبادل أو الممارسة السلبية أو أساليب الاشراط المضاد بشكل عام. ويمكن استخدام بعض العقاقير الطبية كمضادات القلق والمهدئات (كالفاليوم أو الليبريوم) للمساعدة في علاج الخوف المرضي.

الانسحاب الاجتماعي (Social Withdrawal)

يتمثل الانسحاب في عدم التفاعل اجتماعياً مع الآخرين والنزعة نحو الانطواء على الذات والابتعاد عن المواقف التي يدركها الطفل كمواقف تسبب الصراع أو عدم الارتياح. ولا يبادر هؤلاء الأطفال إلى التفاعل مع الآخرين ولا يستجيبون لمبادراتهم، ويشعرون بعدم الارتياح مع الآخرين، ويعاني بعضهم من الخجل أو الخوف أو الاكتئاب. ويظهر الأطفال المنسحبون اجتماعياً درجات متباينه من العجز عن تأدية المهارات الاجتماعية اللازمة كالاستجابات الحركية (الايماءات والتواصل العيني)، والاستجابات اللفظية (التحدث إلى الآخرين، والثناء على سلوكهم الحسن، وإلقاء التحية، الخ)، والاستجابات العاطفية (التعبير عن التقدير والمودة)، والاستجابات الاجتماعية المعرفية (حل المشكلات، والتفكير الايجابي، وتمييز الدلالات الاجتماعية). وللانسحاب الاجتماعي أسباب متنوعة مثل:

Scanned by CamScanner

- الافتقار إلى الكفاية الاجتماعية والسلوك التكيفي
- إظهار أنماط سلوكية غير تكيفية متنوعة
- محدودية القدرة على التواصل اللفظي
- العزل الاجتماعي الذي يفرض على بعض الأطفال

ومن أكثر أساليب تعديل السلوك المستخدمة لمعالجة الانسحاب الاجتماعي: (1) النمذجة، (2) التعزيز التفاضلي (تعزيز التفاعل وتجاهل الانسحاب)، (3) تدريب الأقران وحثهم على التفاعل مع الأشخاص المنسحبين، (4) التلقين بأشكاله المختلفة.

الفصام (Schizophrenia)

اضطراب نادر الحدوث تتفكك فيه عمليات التفكير لدى الشخص وتتعطل استجاباته الانفعالية وتتدهور وظائفه الاجتماعية والمهنية. وفي أغلب الحالات يظهر هذا الاضطراب في بداية الرشد. وقد يتطور لدى الشخص بعض الهلوسات وبخاصة السمعية منها. وقد يشعر بأن أفكاره يسيطر عليها من قبل جهات خارجية. وفي بعض الحالات قد تكون بداية المرض حادة ومصحوبة بتطور مفاجئ لأفكار اضطهادية وقد يصاحب الحالة اكتئاب أو هوس.

وقد ينتج الفصام عن عوامل وراثية، أو بيئية، أو عن الإدمان على المخدرات (إساءة استعمال العقاقير)، أو عن إصابة الأم الحامل ببعض الفيروسات أو تعرّضها لسوء التغذية أو تعرّض الشخص لضغوط نفسية أو التهابات معينة أو للاختناق.

اضطرابات الأكل (Eating Disorders)

الشره (Bulimia Nervosa)

الشره أو النهم المرضي هو الإفراط في تناول الطعام يصحبه شعور بفقدان السيطرة على سلوك الأكل خلال نوبة الشره. وقد يلي ذلك ارغام الذات على التقيؤ واستخدام الملينات أو المسهلات واتباع حمية قاسية قد تصل إلى حد الصيام التام

Scanned by CamScanner

مصحوبة بتمرينات رياضية مكثفة لمنع الزيادة في الوزن واستمرار الشعور بالقلق والاهتمام الزائد بشكل الجسم ووزنه. ويقتضي تشخيص النهم المرضي إصابة الشخص بمعدل نوبتين خلال الأسبوع ولمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر.

فقد الشهية العصبي (Anorexia Nervosa)

فقد الشهية للطعام هو اضطراب شائع بخاصة بين الإناث في أواخر مرحلة المراهقة وبداية مرحلة الرشد. وأهم ما يميزه وضع قيود شديدة على تناول الطعام، والخوف الشديد من زيادة الوزن. ويحدث فيه اضطراب في الإدراك الذاتي لصورة الجسم حيث يشعر الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب بأنهم بدينون أو أن بعض أجزاء جسمهم بدينة بالرغم من أن وزنهم قد يكون أقل من اللازم أو أنهم نحيلون. وبالرغم من التسمية فإن فقدان الشهية نادرة الحدوث في هذه الحالة. وهؤلاء الأشخاص يستحوذ عليهم موضوع وزنهم وحجم جسمهم وغالباً ما يكونون غير راضين عن مظهرهم الجسدي.

ويعمل الشخص على خفض وزنه من خلال انقاص كمية الطعام التي يتناولها والزيادة المفرطة في التمرينات الرياضية. وغالباً ما يكون هناك محاولات لإرغام النفس على التقيؤ أو تناول الملينات. كما أن هناك مجموعة من المؤشرات الأخرى مثل الفتور وتباطؤ نبضات القلب وانخفاض ضغط الدم والاستسقاء وانقطاع الطمث بعد النقصان الكبير في الوزن.

اضطراب ما بعد الصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder)

يتطور اضطراب القلق الشديد هذا لدى بعض الأطفال بعد التعرض لحدث صادم للغاية أو بعد سلسلة من الأحداث في حياة الطفل، أو نتيجة وفاة أو إصابة شخص قريب للطفل. ويختلف هذا الاضطراب عن اضطراب قلق ما بعد الصدمة المعروف أيضاً باسم استجابة القلق الحادة. فاضطراب ما بعد الصدمة أقل شيوعاً ولكن أكبر تأثيراً. ولكي يتم تشخيص هذا الاضطراب يجب أن تحدث الأعراض

Scanned by CamScanner

في غضون شهر من الحدث المجهد أو المقلق. وتشمل ردود فعل الأطفال: الخوف الشديد، والعجز، وصعوبة النوم، والكوابيس، وإعادة عيش الحدث المجهد، وهبوط الاستجابات العامة، أو زيادة الاستثارة. وقد يكرر الأطفال الصغار تجربتهم في أنشطة اللعب يومياً، أو قد يفقدون المهارات التي اكتسبوها حديثاً مثل التدريب على استعمال المرحاض أو مهارات اللغة التعبيرية.

اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد
(Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

في حين أن بعض المراجع ما زالت تتناول اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد كأحد أنواع الاضطرابات السلوكية والانفعالية، أصبحت معظم المراجع في الوقت الحالي تناقش هذا الاضطراب كاضطراب مستقل بسبب خصائصه وطرق معالجته من جهة وبسبب الزيادة الكبيرة في نسبة انتشاره من جهة أخرى. وقد اخترنا في هذا الكتاب مناقشة هذا الاضطراب كاضطراب مستقل في الفصل العاشر.

اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorders)

كما هو الحال بالنسبة لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، أصبحت معظم المراجع في الوقت الحالي تناقش اضطراب طيف التوحد كاضطراب مستقل. وقد اخترنا في هذا الكتاب مناقشة هذا الاضطراب كاضطراب مستقل في الفصل الحادي عشر.

تشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية

إن تشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية عملية تشتمل على عدة خطوات وليس خطوة واحدة. ويتطلب التشخيص في كثير من الأحيان المراقبة الثابتة للطفل في سياقات مختلفة واتصالات هادفة مع الكبار والأقران المهمين في حياة الطفل والذين يعرفونه جيداً. ففي البداية يجب تحديد السلوك المشكل بدقة. ويجب تحديد العوامل المرتبطة بذلك السلوك مثل: التفاعلات الاجتماعية، والوقت من اليوم، والنظام الغذائي، ومستوى الطاقة، وقضايا عاطفية أو مشاكل في التعلّم.

Scanned by CamScanner

بعد ذلك يجب تسجيل مظاهر السلوك المشكل مثل: التحدي، وعدم الاستجابة، والعنف والعدوان، نوبات الغضب وأية تصرفات تخريبية. كذلك يجب تسجيل مواعيد حدوث تلك الاستجابات والنتائج المترتبة عليها. وفي الخطوة الثالثة يجب التشاور مع معلّم الطفل أو المرشد المدرسي أو طبيب الأطفال حول هذه الملاحظات. ويجب تضمين أي معلومات ذات صلة حول تاريخ الأسرة الطبي والنفسي، فضلاً عن أي تغيرات حدثت مؤخراً في المنزل أو المدرسة. وفي الخطوة الرابعة يجب تطبيق أدوات أو اختبارات سلوكية مناسبة بالتعاون مع متخصص في القياس النفسي ومع مرشد المدرسة وطبيب الأطفال. وأخيراً، يجب الاستفادة من توصيات المتخصصين لتحديد مدى صحة التشخيص السلوكي. وبوجه عام، إذا لم تكن برامج التدخل فعّالة فلعل التشخيص بحاجة إلى إعادة نظر.

قد تكون نوبات الغضب الشديد أحد أعراض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال

Scanned by CamScanner

أسس معالجة الاضطرابات السلوكية والانفعالية

يتضح من الأجزاء السابقة في هذا الفصل مدى تباين واختلاف الاضطرابات السلوكية والانفعالية من حيث الأسباب والأعراض والخصائص. لذا ليس منطقياً أن نتوقع نجاح أسلوب أو حتى مجموعة أساليب محددة في الوقاية من هذه الاضطربات أو معالجتها. فالأساليب متنوعة كتنوع الاضطرابات نفسها لكنها عموماً تأخذ أشكالاً أساسية يحاول هذا الجزء من الفصل تلخيصها بإيجاز.

قبل أي شيء يحتاج إلى رصد أنشطة أطفالهم على أساس يومي. لكن معظم الآباء قد لا يكون لديهم المهارات اللازمة لتنفيذ ذلك. لذلك قد يكون مفيداً تنفيذ برامج تعليمية وتدريبية للآباء والأمهات لتعلم مهارات التواصل الجيد. فهم بحاجة إلى أن يكونوا قادرين على اتباع قواعد واضحة ومباشرة وقابلة للتنفيذ، وعلى تبني توقعات محددة من أطفالهم. ويجب عليهم التأكيد على احترام كل طرف في المنزل وتجنب الاعتماد على الإكراه والحرص على أن يكون مناخ المنزل مناخاً إيجابياً. وفي بعض الحالات قد يكون ضرورياً تنفيذ برامج إرشاد أو علاج أسري.

ويمكن للمدارس أن تنفذ برامج للإرشاد النفسي والصحة النفسية. وهذه البرامج متنوعة وقد تشمل العلاج باللعب، والسيكودراما، وبرامج تطوير المهارات الاجتماعية، وبرامج تعديل السلوك، وغير ذلك. ويلخص الخطيب والحديدي (2010) الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية كما يلي:

1. الإفادة إلى أقصى حد ممكن من دعم الأخصائيين الآخرين، والمرشدين على وجه الخصوص للتعامل مع هؤلاء الأطفال وتعليمهم.
2. التعبير عن الثقة بهؤلاء الأطفال والتعامل معهم بدفء.
3. محاولة فهم الأسباب الحقيقة التي تدفع الأطفال إلى القيام بما يقومون به والتعاطف معهم ومحاولة مساعدتهم.
4. استخدام نظام ثابت في الصف.

Scanned by CamScanner

5. تقديم النماذج الكافية للسلوك التكيفي وتهيئة الظروف للأطفال ذوي الصعوبات الانفعالية/السلوكية لتقليده ومحاكاته.
6. إتاحة الفرص لحدوث أنماط التفاعل والسلوك المرغوب فيها (مثل العمل التعاوني).
7. القيام بدور مصدر دعم للوالدين ومشاركتهما في العملية التربوية.
8. الثناء على الطفل وتشجيعه بشكل متكرر.
9. ملاحظة سلوك الطفل وتحليله بموضوعية وذلك بغية اختيار الأهداف السلوكية الملائمة وتقييم الإجراءات المستخدمة.

وإذا لم تحقق برامج التدخل النفسي الأهداف المرجوة منها يمكن التفكير بالعلاج الدوائي من خلال استشارة أطباء متخصصين وذوي خبرة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين. ولا توجد أدوية معينة تعالج كل اضطراب السلوك ولكن هناك أدوية يمكن أن تساعد في أعراض محددة. ويتم تحديد الأدوية المناسبة (المنشطات أو مضادات الاكتئاب، الخ) بناء على طبيعة الاضطراب من جهة والآثار طويلة الأمد لهذه الأدوية على الشخص من جهة أخرى.

Scanned by CamScanner

المراجع

الخطيب، جمال والحديدي، منى (2010). مدخل إلى التربية الخاصة. دار الفكر عمان: الأردن.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Ed. (Text Revision). Washington, DC: 2000.

Hallahan, D., Kauffman, J., Pullen, P. (2009). *Exceptional learners: Introduction to special education* (11/E). Pearson.

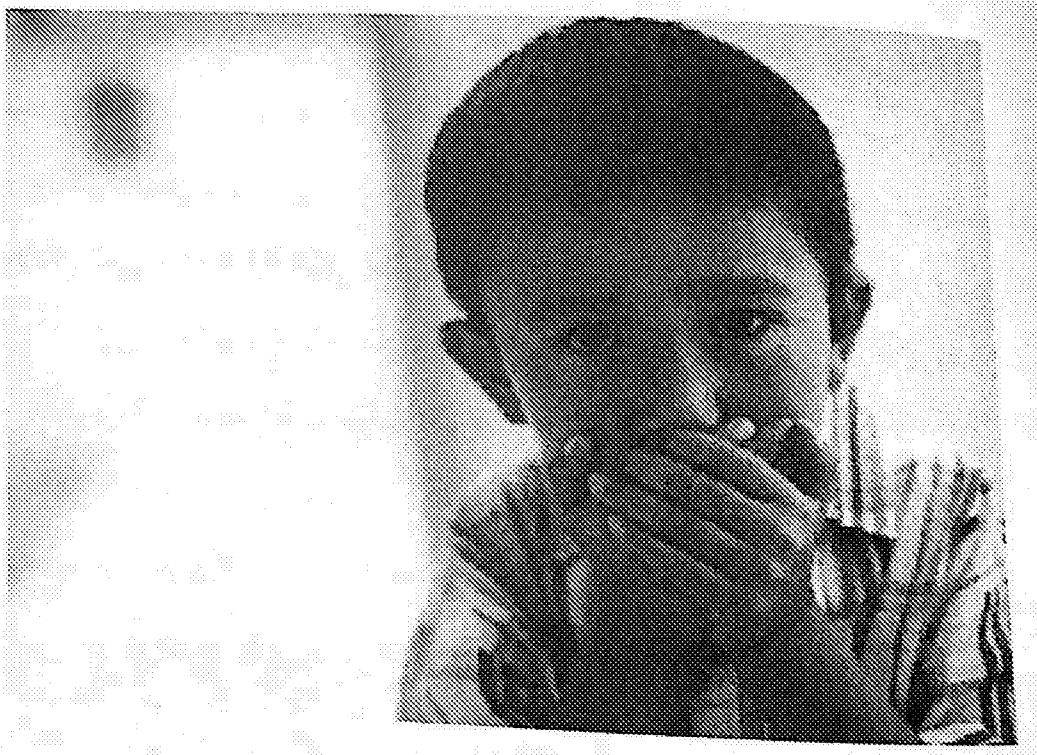
Stacy, D (2012). *Conduct disorder: Definition, statistics, parental role and intervention*. Retrieved August 13, 2012 from: www. thriveboston. com/ .../ conduct-disorder-definition-statistics-paren.

Walker, H.M., Ramsey, E., & Gresham, F.M. (2004). *Antisocial behavior in school: Evidence-based practices* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Scanned by CamScanner

الفصل التاسع

اضطرابات التواصل



Scanned by CamScanner

مقدمة

إن القدرة على التواصل مع الآخرين باللغة الأهمية لنمو الأطفال وهي شرط أساس للتعلّم الأكاديمي. لكن بعض الأطفال يعانون من اضطرابات في الكلام أو اللغة أو في السمع تتداخل سلباً مع جوانب مختلفة من قدرتهم على التواصل. وتعرف هذه الاضطرابات مجتمعة باضطرابات التواصل. ويفضل أن يتعرف المعلّمون على طبيعة هذه الاضطرابات وأنواعها وأن يفهموا دلالاتها التربوية ليتسنى لهم تقديم الدعم المناسب للأطفال الذين يعانون منها.

وقد تنجم اضطرابات التواصل عن عوامل عديدة ومختلفة. فعلى سبيل المثال، تنتج صعوبات التعلّم اللغوية (ذات الأساس اللغوي) عن اختلاف بنية الدماغ عند الولادة. ولكن اضطرابات التواصل الأخرى تنشأ عن مشكلات فمية حركية. ومن أكثر المشكلات التي قد تؤثر على قدرة الطفل على التواصل: صعوبات التعلّم ذات الأساس اللغوي، واضطراب ضعف الانتباه، والشلل الدماغي، والإعاقة العقلية، والشفة المشقوقة، واضطرابات طيف التوحد.

ويظهر الأطفال ذوو اضطرابات التواصل أعراضاً مختلفة قد تشمل صعوبة في اتباع التعليمات، أو الانتباه إلى المحادثة، أو لفظ الكلمات، أو فهم ما قيل، أو التعبير عن النفس، أو توضيح ما يريد قوله أو توصيله.

وفي حين أن الكثير من مشاكل التواصل يمكن التخفيف منها بواسطة العلاج، فإن بعض هذه المشاكل ليست قابلة للشفاء. ولكن الأطفال يستطيعون تعلّم استراتيجيات جديدة للتغلب على صعوبات التواصل التي يواجهونها. وقد يتمكن بعض الأطفال من التغلب على العجز التواصلي عندما يتقدمون في السن)، لكن البعض الآخر قد يعوّض عن ذلك من خلال التواصل عبر الوسائل الإلكترونية.

Scanned by CamScanner

وتتباين تأثيرات اضطرابات التواصل ما بين البسيطة والشديدة حيث أن هذه الاضطرابات تأخذ مدى واسعاً، فهي تتراوح بين تكرار صوت معين إلى غياب القدرة كاملاً على استخدام الكلام أو اللغة للتواصل مع الآخرين (Lou, 2001).

تعريف اضطرابات التواصل وتصنيفها

اضطراب التواصل (Communication Disorder) هو اضطراب أو تأخر في الكلام أو اللغة أو السمع ينتج عنه مشكلات في تبادل المعلومات مع الآخرين. ويعاني الأطفال ذوو اضطرابات التواصل من عجز أو ضعف في القدرة على تبادل المعلومات مع الآخرين. واضطرابات التواصل قد تحدث في اللغة أو الكلام أو السمع (الخطيب والحديدي، 2010).

وبالنسبة لاضطرابات اللغة (Language Disorders) فقد تتمثل في مشكلات اللغة المنطوقة وصعوبات القراءة والكتابة. وقد تشمل مشاكل اللغة صعوبة التعبير عن الأفكار بطريقة مترابطة متماسكة، وتعلّم مفردات جديدة، وفهم الأسئلة، واتباع التعليمات، وتذكر المعلومات، وفهم وتذكر شيئًا قيل للتو، والقراءة بسرعة مرضية، وفهم المادة المنطوقة أو المقروءة، وتعلّم الأبجدية، وتحديد الأصوات التي تتوافق مع الحروف، وإدراك الترتيب الصحيح للأحرف في الكلمات، وربما التهجي.

أما اضطرابات الكلام (Speech Disorders) فهي قد تحدث في النطق (القدرة على الكلام بشكل سليم وواضح)، أو الطلاقة، أو الصوت. وقد تشمل اضطرابات الكلام عدم قدرة الآخرين على فهم الشخص بسبب مشكلة حركية أو مشكلة في التعلّم لديه. ومن مشكلات الكلام الصوت الأجش أو اللاهث. والتأتأة أيضاً تؤثر على وضوح الكلام لأنها تؤثر سلباً على تدفقه. وقد يترتب على المشكلات السمعية (Hearing Problems) مشكلات كلامية ولغوية متعددة.

Scanned by CamScanner

ولمزيد من التوضيح نستعرض هنا نظم التصنيف المعتمدة لاضطرابات الكلام واللغة في معظم المراجع العلمية المتخصصة (مثل: Lou, 2001, Owens, Metz, & Haas, 2000).

اضطرابات الكلام

يعرّف اضطراب الكلام بأنه انحراف كلام الشخص عن الكلام المعتاد إلى درجة يصبح معها لافتاً للانتباه سلبياً، ومعيقاً للتواصل الاجتماعي، ومسبباً للتوتر بالنسبة لكل من المستمع والمتحدث (الخطيب والحديدي، 2010). واضطرابات الكلام ثلاث فئات هي:

- اضطرابات الصوت (Voice Disorders) وهي انحرافات في رنين الصوت أو نوعيته أو شدته أو طبقته واضطرابات التصويت كالصوت اللاهث أو المبحوح أو الأجش أو المتوتر.
- اضطرابات النطق (Articulation Disorders) وهي مشكلات في إنتاج الأصوات الكلامية وتأخذ أربعة أشكال هي:
  (1)الإبدال (استبدال صوت بصوت آخر)
  (2)التشوية (إنتاج الصوت بطريقة غير مألوفة)
  (3)الإضافة (نطق أحرف إضافية غير موجودة في الكلمات)
  (4)الحذف (نطق بعض الأحرف التي تتضمنها الكلمات وليس جميعها)
- اضطرابات تدفق الكلام أو طلاقته (Fluency Disorders) وهي أنماط كلامية تعطل انسياب الكلام وإيقاعه أو هي صعوبات في إصدار الأصوات بإيقاع مناسب ومعدّل طبيعي دون بذل جهد خاص ودون إطالة أو تردد أو توقف ومن أكثر أشكال اضطرابات الطلاقة شيوعاً التأتأة والتكلم بسرعة مفرطة.

Scanned by CamScanner

يقوم المتخصصون في اضطرابات الكلام واللغة بعدة أنشطة مهنية منها: تحديد وتشخيص اضطرابات التواصل، وتقديم خدمات علاجية مباشرة لذوي اضطرابات التواصل، وتدريب أولياء الأمور، وتدريب ودعم طلبة التدريب الميداني في تخصص اضطرابات الكلام واللغة.

أما اضطرابات اللغة فهي انحرافات أو أخطاء في التعبير اللغوي أو في الاستقبال اللغوي. وتأخذ هذه الاضطرابات الأشكال الثلاثة التالية:

- اضطرابات شكل اللغة (Disorders of Language Form) أي في الأصوات الكلامية، أو الصّرف، أو الإعراب.
- اضطرابات محتوى اللغة (Disorders of Language Content) أي في معاني الكلمات والرسائل.
- اضطرابات في استخدام اللغة (Disorders of Language Function) أي في قواعد استخدام اللغة في المواقف المختلفة.

أسباب اضطرابات التواصل

بالرغم من أن أسباب اضطرابات التواصل تكون غير معروفة في كثير من الأحيان، إلا أن هناك جملة من العوامل التي يعرف أنها قد تسبب هذه الاضطرابات. فمن أسباب اضطرابات التواصل المعروفة: فقدان السمع، والاضطرابات العصبية،

Scanned by CamScanner

وإصابات الدماغ، والإعاقة العقلية، وتعاطي المخدرات، والإعاقات الجسدية مثل الشفة المشقوقة أو الشلل الدماغي، وبعض الاضطرابات الانفعالية، واضطرابات النمو والإعاقة العقلية هي أكثر هذه الأسباب شيوعاً، لكن هناك أسباب أخرى تشمل (Alejandro, 2001):

- ضعف السمع
- اضطراب ضعف الانتباه
- صعوبات التعلّم
- التوحد
- الفصام
- الشلل الدماغي
- الإعاقة الجسدية مثل: الشفة المشقوقة أو تشوهات الفم أو الأنف
- الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- إصابة الحبل الصوتي
- بعض المتلازمات المرضية
- اضطرابات البلوعم أو الحنجرة (مثل: انسداد مجرى الهواء العلوي أو تضيق القصبة الهوائية)
- الحرمان البيئي والاجتماعي
- الخداج أو الإصابات عند الولادة
- سوء وضعية الأسنان في الفم
- التهابات الأذن المزمنة
- العوامل الوراثية
- اضطرابات اللسان
- الإدمان على الكحول أو المخدرات
- بعض الأمراض والاضطرابات العصبية

Scanned by CamScanner

- إصابات أو صدمات الرأس
- مرض الزهايمر
- السكتة الدماغية

خصائص اضطرابات الكلام واللغة

قد يظهر لدى الأطفال ذوي اضطرابات الكلام واللغة أنواع مختلفة من الأعراض. وتعتمد هذه الأعراض على نوع الاضطراب وسببه، لكنها غالباً ما تشمل ما يلي (Alejandro, 2001):

(1) اضطراب تدفق الكلام وطلاقته

- تكرار الأصوات أو الكلمات أو العبارات بعد الرابعة من العمر
- الشعور بالإحباط عند محاولة التواصل مع الغير
- تأرجح الرأس أثناء الحديث
- طرف العين أثناء الحديث
- الإحساس بالإحراج عند التكلم

(2) اضطرابات النطق

- التكلم بطريقة غير مفهومة بعد الثالثة من العمر
- عدم نطق الحروف الساكنة في بدايات الكلمات بعد الثالثة من العمر
- عدم نطق الحروف الساكنة في نهايات الكلمات بعد الرابعة من العمر
- استمرار مشاكل النطق بعد السابعة من العمر
- عدم نطق الأصوات في مواضعها الصحيحة
- تشويه الأصوات

(3) اضطرابات الصوت

- انحرافات في درجة الصوت

Scanned by CamScanner

- انحرافات في مستوى علو الصوت أو قوته
- انحرافات نوعية في الصوت

(4) اضطرابات اللغة

- إساءة استخدام الكلمات ومعانيها
- عدم القدرة على التعبير عن الأفكار
- استخدام أنماط نحوية غير ملائمة
- قلة المفردات
- عدم القدرة على متابعة التوجيهات
- عدم قدرة الطفل على فهم معنى كلمة رآها أو سمعها
- مواجهة الطفل لصعوبة في إفهام الآخرين ما يريد توصيله لهم

تشخيص وتقييم الأطفال ذوي اضطرابات التواصل

يشكل التشخيص الدقيق لاضطراب التواصل الموجود لدى الطفل حجر الأساس بالنسبة للعلاج الفعّال. وقد تستخدم في عملية التشخيص أساليب متنوعة مثل الاختبارات المقننة، والملاحظة، ودراسة الحالة، وغير ذلك. فهل لدى الطفل اضطراب في الكلام أو اللغة؟ وإذا كانت الإجابة نعم، هل يمكن تحديد سبب لهذا الاضطراب؟ هل هناك اضطراب عصبي؟ أو ارتخاء في العضلات؟

ويجب أن يكون الشخص الذي توكل إليه مهمة تشخيص اضطرابات التواصل لدى الأطفال شخصاً متخصصاً ذا خبرة ومعرفة بمظاهر وتسلسل النمو الكلامي واللغوي الطبيعي في مرحلة الطفولة. وعادة ما يكون متخصص في اضطرابات الكلام واللغة هو ذاك الشخص. لكن آخرين قد يستطيعون القيام بذلك ومنهم المتخصصون في نمو الأطفال، أو المتخصصون في علم النفس، أو مرشدو المدارس شريطة أن يكونوا مدربين وذوي خبرة.

Scanned by CamScanner

هذا ويتوفر عشرات الاختبارات لتشخيص وتقييم اضطرابات الكلام واللغة. لكن هذه الاختبارات أجنبية ولم ينقل سوى عدد قليل جداً منها إلى اللغة العربية. وتذكر الجمعية الأمريكية للكلام واللغة والسمع (ASHA) على موقعها الالكتروني أسماء ما يزيد عن 100 من هذه الاختبارات وتقدم وصفاً موجزاً لكل منها. ويبين الجدول (9-1) أسماء بعض هذه الاختبارات.

إن عملية تشخيص اضطرابات الكلام واللغة عملية معقدة لا تقتصر على إطلاق تسمية على الاضطراب الموجود لدى الطفل

Scanned by CamScanner

نسبة انتشار اضطرابات التواصل

تجمع معظم المراجع المتخصصة على أن 3-4٪ من طلبة المدارس يعانون من اضطرابات في الكلام أو اللغة (الخطيب والحديدي، 2010). وتختلف التقديرات حول معدلات انتشار هذه الاضطرابات حسب التعريفات ونظم التصنيف المعتمدة. وفي حين أن بيانات مقبولة تتوفر عن معدلات حدوث هذه الاضطرابات في الدول المتقدمة، لا تتوفر أية بيانات موثوقة عنها في معظم الدول النامية. فعلى سبيل المثال، لا تتضمن أية إحصائيات عن الإعاقات في الدول العربية أرقاماً عن اضطرابات الكلام واللغة. بل إن برامج التربية الخاصة لا تكاد تبدي أي اهتمام بهذه الاضطرابات.

على أي حال، تشير التقديرات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن واحداً من كل 10 أمركيين من كافة المراحل العمرية الأعمار والأعراق لديه أحد أشكال اضطرابات التواصل. ويعني ذلك أن هناك حوالى ستة ملايين طفل في أمريكا لديه اضطراب في الكلام أو اللغة. وقد أشار الفصل الأول من هذا الكتاب إلى أن 30.3% من طلبة المدارس الذين تقدم لهم خدمات التربية الخاصة في أمريكا لديهم اضطرابات تواصل.

وتقدم الجمعية الأمريكية للكلام واللغة والسمع (American Speech، language, and Hearing Association, 2008) المعلومات الإضافية التالية عن معدلات حدوث اضطرابات الكلام واللغة بين الأطفال:

- إن اضطرابات الكلام واللغة من أكثر فئات الإعاقة انتشاراً بين الأطفال في أمريكا.
- يعاني 4-5٪ من الأمريكيين من التأتأة وهي أكثر انتشاراً بين الذكور منها بين الإناث.
- يعاني 6-23٪ من أطفال المدارس من مشكلات في الصوت
- يعاني 7٪ من أطفال المدارس من مشكلات لغوية محددة.

Scanned by CamScanner

الجدول (9-1): بعض اختبارات اضطرابات الكلام واللغة

اسم الاختبار الأصلي باللغة الانجليزية	اسم الاختبار مترجماً للغة العربية
Assessment of Sound Awareness and Production (ASAP)	اختبار تقييم وعي الأصوات وانتاجها
Comprehensive Test of Phonological Processing (CTOPP)	الاختبار الشامل للمعالجة الصوتية
Goldman-Fristoe Test of Articulation-Second Edition (G-FTA-2)	اختبار جولدمان فريستو للنطق
Classroom Screening Test for Speech Disorders	الاختبار الكشفي لاضطرابات الكلام في الصف
Diagnostic Evaluation of Articulation and Phonology (DEAP)	الاختبار التقييمي التشخيصي للنطق والأصوات
Functional Linguistic Communication Inventory (FLCI)	مقياس التواصل اللغوي الوظيفي
Measure of Cognitive-Linguistic Abilities (MCLA)	مقياس القدرات المعرفية اللغوية
Speech and Language Evaluation Scale	أداة تقييم الكلام واللغة
Evaluating Communicative Competence	اختبار تقييم الكفاءة التواصلية
Language Proficiency Test (LPT)	اختبار الكفاءة اللغوية
Assessment of Stuttering Behaviors	أداة تقييم سلوكيات التأتأة
Boston Assessment of Severe Aphasia (BASA)	اختبار بوسطن لتقييم الحبسة الشديدة
Peabody Picture Vocabulary Test-Fourth Edition (PPVT-4)	اختبار بيبودي للمفردات المصور
Illinois Test of Psycholinguistic Abilities, Third Edition (ITPA-3)	اختبار الينوي للقدرات النفسية اللغوية
The Expressive Language Test	اختبار التعبير اللغوي
Dyslexia Screening Instrument	أداة الكشف عن الدسلكسيا
Test of Reading Comprehension-Third Edition (TORC-3)	اختبار الفهم القرائي
Written Language Assessment (WLA)	اختبار تقييم اللغة المكتوبة

Scanned by CamScanner

أسس تعليم ومعالجة الأطفال ذوي اضطرابات التواصل

إن أول خطوة نحو معالجة اضطرابات الكلام واللغة هي تشخيص نوع الاضطراب الموجود لدى الطفل. وأفضل علاج لاضطرابات التواصل هو الوقاية والتدخل المبكر. وليتحقق ذلك بشكل فعال، ينبغي أن يكون الآباء على معرفة بمعالم النمو لدى الأطفال. فالسنوات الثلاث الأولى من العمر هي الفترة الأغنى من حيث تطور الكلام واللغة ذلك لأنها الفترة التي يتطور فيها الدماغ. ومهارات الكلام واللغة تتطور بأفضل صورة ممكنة عندما يتوفر للطفل خبرات وافرة لتعلّم كلام لغة الآخرين ولغتهم. وهناك أدلة متزايدة تشير إلى وجود "فترات حرجة" لتطور الكلام واللغة عند الرضع والأطفال الصغار. وهذا يعني أن الدماغ يكون أكثر قدرة على استيعاب اللغة خلال هذه الفترة. ويصبح تعلّم اللغة أكثر صعوبة، وربما أقل كفاءة، إذا ما سمح لهذه الفترات الحرجة أن تمر من دون التعرض إلى لغة في وقت مبكر (Psychology Today, 2012).

وإذا تم تشخيص اضطراب في التواصل لدى الطفل، يجب على الوالدين طلب مساعدة متخصص في اضطرابات الكلام واللغة. واعتماداً على نتائج الاختبارات، وقدرات الطفل العقلية وشخصيته وسلوكه، فقد يقترح هذا المتخصص تنفيذ أنشطة في المنزل لتحفيز كلام الطفل وتنمية لغته. وقد تتضمن هذه الأنشطة القراءة للطفل بانتظام، والتحدث معه في جمل قصيرة، واستخدام كلمات بسيطة يستطيع الطفل أن يقلّدها بنجاح، أو تكرار ما يقال للطفل، واستخدام قواعد النطق أو اللغة الصحيحة.

وقد يوصي المتخصصون في اضطرابات الكلام واللغة أيضاً بجلسات علاج فردي أو جمعي، أو قد يطلبون مزيداً من التقييم من قبل غيرهم من المهنيين مثل أخصائي السمع أو قياس نفسي.

وقد يشمل العلاج أيضاً تنفيذ برامج لتعديل سلوك الطفل وربما استشارة الأطباء بشأن امكانية إعطائه بعض العقاقير الطبية إذا كانت حالته تقتضي ذلك. وعلاج مشكلات الكلام واللغة عمل يستغرق وقتاً طويلاً إلا أنه يمكن أن يكون له نتائج

Scanned by CamScanner

إيجابية إذا تم تنفيذه بتواصل (Psycholgy Today, 2012) . هذا ويقدم المتخصصون في اضطرابات الكلام واللغة خدماتهم في عدة أوضاع منها:

- المدارس الحكومية أو الخاصة
- المستشفيات
- مراكز السمع والنطق التابعة للقطاع الخاص
- مرافق العناية التمريضية
- عيادات المجتمع
- الكليات والجامعات
- دوائر الصحة الوطنية أو المحلية
- مراكز التربية الخاصة
- مراكز أو مختبرات البحوث

معالجة نطق تعمل مع أحد الأطفال

ومعروف أن العلاقة قوية بين التواصل والتحصيل الدراسي. فكفاءة اللغة والتواصل تسير جنباً إلى جنب مع النجاح الأكاديمي. لكن الطلبة الذين يعانون من

Scanned by CamScanner

اضطرابات التواصل يستطيعون النجاح أكاديمياً إذا تم تعليمهم الأنماط الاجتماعية، واللغوية، والتعلّمية المتوفرة في المدارس. لذا ينبغي على المعلّمين والمتخصصين في اضطرابات الكلام واللغة الاهتمام على التفاعلات الصفية وأنماط اللغة والتواصل المستخدمة في المدارس لمساعدة الطلبة على تعلّم كيفية التواصل في البيئة المدرسية.

معلّمة تقدّم الدعم لطفل لديه اضطراب في الكلام

فاضطرابات التواصل قد يترتب عليها تطور اتجاهات سلبية نحو الشخص الذي يعاني منها وربما عزله في المدرسة وفي البيئة الاجتماعية. ولذلك ينبغي تقديم برامج مناسبة في أوقات مناسبة للحيلولة دون تفاقم المشكلات وحدوث مضاعفات قد تكون شديدة. وبالرغم من أن أن المسؤولية الأساس في معالجة وتدريب الأطفال الذين لديهم اضطرابات في التواصل هي مسؤولية المتخصصين في اضطرابات الكلام واللغة إلا أن المعلّمين وأولياء الأمور يستطيعون القيام بأدوار مهمة في دعم هؤلاء الأطفال. وإذا كان المتخصصون في اضطرابات الكلام واللغة ينفذون جلسات علاجية قصيرة نسبياً، فهؤلاء الأطفال يقضون جزءاً مهماً من حياتهم في المدرسة. ومهارات الاتصال هي في قلب العملية التربوية. ولكي يكون تدخل المعلّمين ذا معنى وفائدة يجب أن ينسقوا برامجهم مع المتخصصين ويجب أن يعملوا مع أولياء الأمور.

Scanned by CamScanner

وصف لبعض اضطرابات الكلام واللغة

اضطرابات النطق (Articulation Disorders)

وتشمل الإبدال (Substitution) وهو استبدال صوت بصوت آخر مثل قول "ث" بدلاً من "س" أو "ت" بدلاً من "ك"، والإضافة (Addition) وهو لفظ أصوات إضافية غير موجودة في الكلمات مثل قول "بيوت" بدلاً من "بيت"، والتشويه (Distortion)وهو النطق بطريقة غير مألوفة أو لفظ أصوات الكلام بطريقة شبه صحيحة وليست صحيحة تماماً، والحذف (Omission) وهو لفظ بعض أجزاء الكلمات وليس كلها مثل قول "يارة" بدلاً من "سيارة" أو "أمد" بدلاً من "أحمد".

اضطرابات الصوت (Voice Diorders)

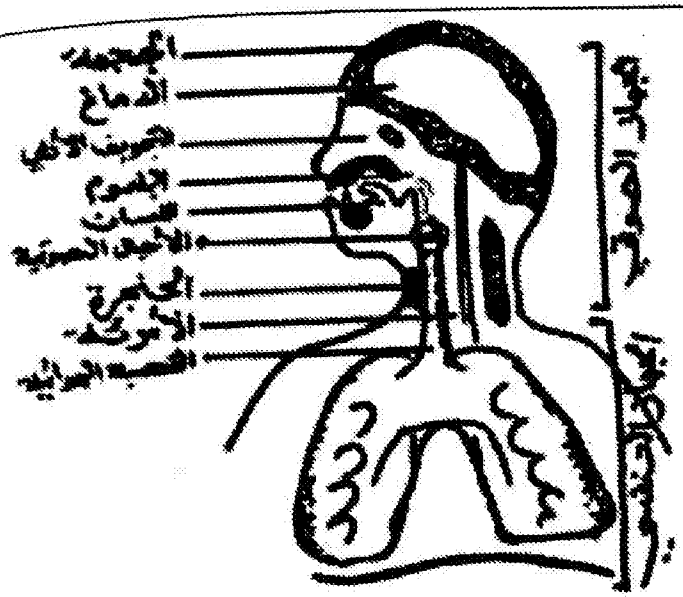
وتشمل: (أ) اضطرابات التصويت مثل الصوت الأجش أو الصوت المبحوح، والصوت اللاهث، والتغيرات المفاجئة في شدّة الصوت أو تردده، (ب) اضطرابات رنين الصوت مثل حدوث رنين أنفي مرتفع حيث يبدو الكلام وكأنه صادر عن الأنف أو رنين أنفي منخفض حيث يبدو الشخص وكأنه يعاني من الزكام، (ج) اضطراب شدّة الصوت وهو أن يكون الصوت في هذا الاضطراب الصوتي، مرتفعاً أو منخفضاً بشكل ملحوظ مما يتعذر معه فهم الكلام، (د) اضطراب طبقة الصوت حيث تختلف طبقة الصوت زيادة أو نقصاناً عن الطبقة الطبيعية، (هـ) اضطراب نوعية الصوت ويشمل نعومة أو خشونة الصوت ورنينه، (و) فقدان الصوت وهو فقدان القدرة على الكلام بسبب التهاب الحنجرة أو شلل الحبال الصوتية (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001).

اضطرابات اللغة (Language Disordres)

وتشمل: (أ) اضطراب شكل اللغة مثل العجز عن التمييز بين الأصوات أو الكلمات، أو بالأخطاء القواعدية، أو بعدم القدرة على إنتاج الأصوات أو الكلمات أو الجمل المناسبة، (ب) اضطراب محتوى اللغة وهي صعوبات في التعبير أو الاستيعاب

Scanned by CamScanner

اللغوي، وتتميز بعدم القدرة على فهم معاني الكلمات أو الرسائل، (ج) اضطراب وظيفة اللغة وهي صعوبات في استخدام اللغة الملائمة في المواقف الاجتماعية للتعبير عن المشاعر، أو استقبال المعلومات أو إرسالها، أو التأثير على أفعال الآخرين.



جهاز الصوت: يشمل الرئتين والحجاب الحاجز، والحلق، والقناة الصوتية. فعملية التنفس ينجم عنها اهتزاز في الحبال الصوتية يقود إلى سلسلة منتظمة من النبضات الهوائية أثناء عملية النطق وذلك يؤدي بدوره إلى رنين في الهواء الموجود في جهاز أو قناة الصوت وينتج عنه نغمة في فتحة المزمار في أعلى الحلق.

التأتأة (Stuttering)

هي أكثر أنواع اضطرابات الطلاقة الكلامية شيوعاً وهي أكثر شيوعاً لدى الذكور من الإناث. وفي معظم الحالات تظهر الأعراض الأولى للتأتأة لدى الأطفال قبل السادسة من العمر. وتشمل التأتأة التكلم بطريقة غير طبيعية مثل تكرار أو إطالة الأحرف وبخاصة في بداية الكلمات أو التوقف أثناء الكلام. وقد يرافق هذه المظاهر إيماءات وتعابير وحركات جسمية أخرى تنم عن التوتر والنزعة نحو تجنب الكلام أو اللجلجة أو الصراع من أجل إخراج الكلمات. ويعاني بعض الأشخاص من صعوبات خاصة عند التكلم في بعض المواقف أو عند قول بعض الكلمات.

Scanned by CamScanner

التأتأة إحدى اضطرابات طلاقة الكلام الشائعة

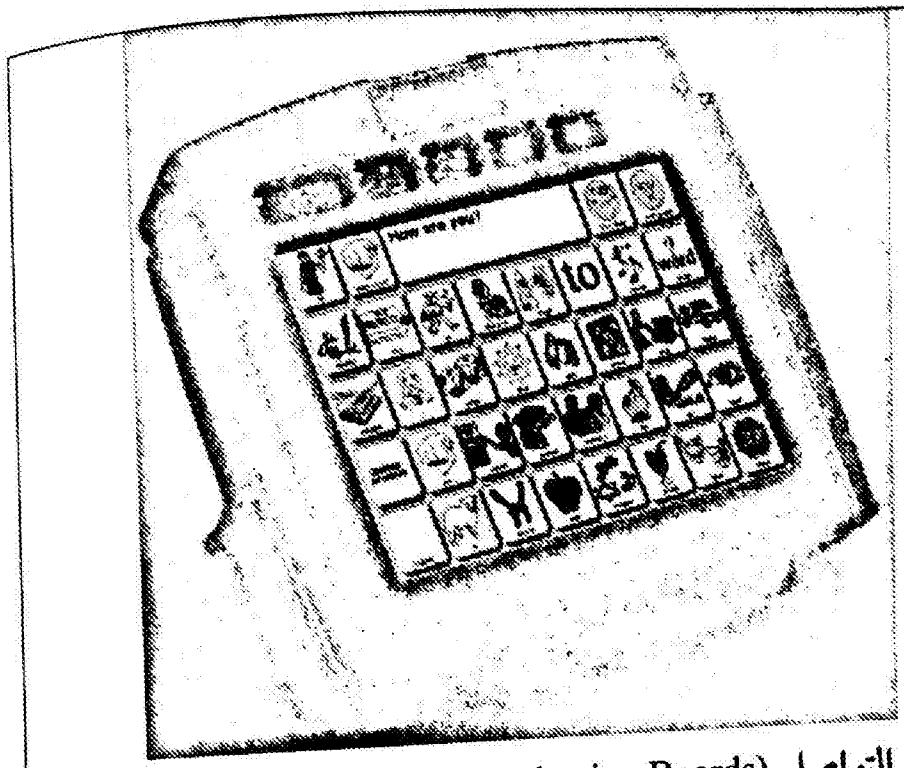
ويعتقد أن التأتأة قد تنتج عن: العوامل الوراثية، أو الصراعات النفسية، أو الاضطرابات العصبية. ويعتقد بعض المتخصصين أن ردود الفعل المفرطة والإصرار على أن يتكلم الأطفال بطلاقة أحد أسباب التأتأة (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001).

الحبسة الكلامية (Aphasia)

هي اضطراب يفقد فيه الشخص القدرات اللغوية التعبيرية أو الاستقبالية التي كانت لديه جزئياً أو كلياً بسبب تلف دماغي قد ينتج عن إصابات الرأس، أو اضطرابات الأوعية الدموية في الدماغ، أو بعض الأمراض الخطيرة الأخرى. والحبسة نوعان حبسة استقبالية وهي اضطراب عملية الاستقبال اللغوي وحبسة تعبيرية وهي اضطراب القدرة على التعبير اللغوي. وتميز المراجع بين الحبسة المكتسبة وهي النوع الأكثر شيوعاً إذ أن الحبسة غالباً ما تحدث لدى الراشدين والحبسة النمائية أو

Scanned by CamScanner

الطفولية التي يقصد بها عجز الطفل عن اكتساب المهارات اللغوية بسبب اضطراب ما في الجهاز العصبي المركزي.



لوحات التواصل (Communication Boards) : هي لوحات رموز، أو كلمات، أو صور يستطيع الطفل العاجز عن الكلام الإشارة إليها للتعبير عن حاجة لديه أو لتوصيل فكرة للآخرين.

Scanned by CamScanner

المراجع

الخطيب، جمال، الحديدي، جمال (2010). مدخل إلى التربية الخاصة. دار الفكر، عمان: الأردن.

الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل (2001). الإشراف العلمي: جمال الخطيب. المكتب التنفيذي. المنامة: مملكة البحرين.

Alejandro, B. (2001). *Children with communication disorders*. Eric Digests (ED459549).

American Speech, Language, and Hearing Association (2008). *Incidence and prevalence of communication disorders and hearing loss in children*. www.asha.org.

Lue, M. S. (2001). *A survey of communication disorders for the classroom teacher*. Boston, MA: Allyn and Bacon.

Owens, R. E., Metz, D. E., & Haas, A. (2000). *Introduction to communication disorders*. Boston, MA: Allyn and Bacon.

Psychology Today (2012). *Diagnostic dictionary: Communication disorders*. www.psychologytoday.com.

Scanned by CamScanner

الفصل العاشر

اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

Scanned by CamScanner

مقدمة

اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد أحد اضطرابات الطفولة الشائعة نسبياً. وقد حظي هذا الاضطراب باهتمام واسع من الباحثين في المجال الطبي. وقد بينت البحوث ارتباط هذا الاضطراب بطائفة واسعة من التأثيرات السلبية على الأطفال والمراهقين وبأعباء مالية كبيرة على أسرهم مما يجعله مشكلة رئيسة من مشكلات الصحة العامة (Swanson, Sergant, Songua-Barke, Jensen, Cantwell, 1998).

واضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد أكثر شيوعاً لدى الذكور منه لدى الاناث، حيث يزيد لدى الذكور بمقدار ضعفين إلى أربعة أضعاف (Dulcan, 1997). وقامت جوب وكارلسون (Gaub & Carlson, 1997) بمراجعة وتحليل الدراسات المنشورة لمعرفة الفروق بين الجنسين في اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد. وتوصلت الباحثتان إلى عدم وجود فروق جندرية في التهور، والتحصيل الأكاديمي، والأداء الاجتماعي، والمهارات الحركية الدقيقة، ومستوى تعليم الوالدين، أو اكتئاب الوالدين. إلا أن فروقاً ظهرت بين البنات والأولاد الذين لديهم هذا الاضطراب في جوانب أخرى. فقد تبين أن البنات اللواتي لديهن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد مقارنة بالأولاد الذين لديهم هذا الاضطراب كن أقل ذكاء، وأقل نشاطاً، وأظهرن معدلات أقل من المشكلات السلوكية الموجهة نحو الخارج.

وتشير الدراسات إلى أن أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في الطفولة تستمر بالظهور في مرحلة المراهقة بل هي قد تستمر أيضاً في مرحلة الرشد في 80٪ من الحالات. فهناك انخفاض في الوضع المهني والعلاقات الاجتماعية للأشخاص الذين لديهم هذا الاضطراب إضافة إلى معاناتهم من مشكلات سلوكية ونفسية متنوعة ومعاناة أسرهم من صعوبات نفسية وزواجية مختلفة (Faraone, et al., 2003).

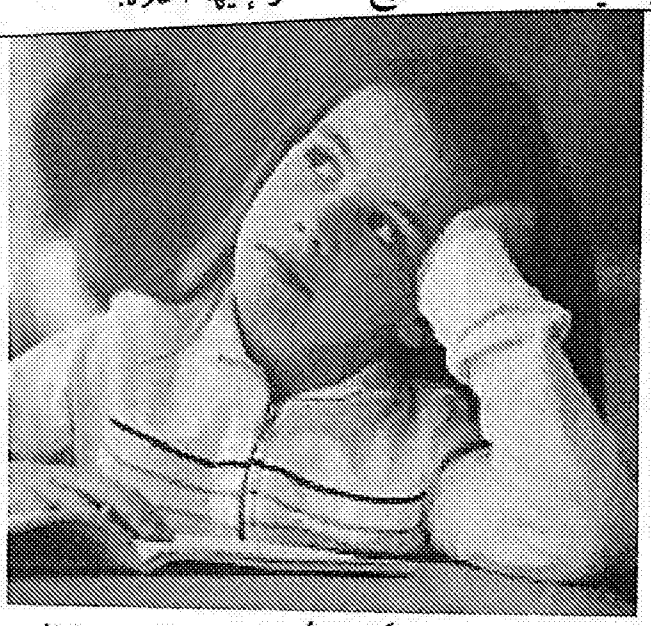
ويرى باركلي (Barkley, 1997) أن المشكلة الرئيسة في اضطرب ضعف الانتباه والنشاط الزائد هي العجز عن كبح السلوك (التحكم بالسلوك ضمن مدى طبيعي).

Scanned by CamScanner

ويضيف هذا المؤلف أن كبح السلوك (Behavioral Inhibition) يرتبط بأربع وظائف عصبية نفسية وبالضبط الحركي الذي ينتج عنها. وهذه الوظائف هي:

1. الذاكرة العاملة (Working Memory)
2. التنظيم الذاتي (Self-Regulation)
3. إضفاء الصفة الباطنية على الكلام (Internalization of Speech)
4. إعادة التشكيل (Reconstitution)

وهكذا فإن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وفقاً لهذا النموذج النظري يرافقه عجز ثانوي في الوظائف الأربع المشار إليها أعلاه.



أشارت دراسات مؤخراً إلى أن البرامج التدريبية المصممة لتنشيط الذاكرة العاملة لم تساعد الأطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

تصنيف اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

تصنف الطبعة الرابعة من دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد إلى ثلاث فئات:

Scanned by CamScanner

- اضطراب يغلب عليه النشاط الزائد والتهور (Predominantly Hyperactive-Impulsive) وفيه يظهر لدى الطفل ست صفات أو أكثر من صفات النشاط الزائد والتهور المعتمدة للتشخيص. ولا يمنع هذا من ظهور أعراض ضعف الانتباه.
- اضطراب يغلب عليه عدم الانتباه (Predominantly Inattentive) وفيه يظهر لدى الطفل ست صفات أو أكثر من الصفات المعتمدة لتشخيص ضعف الانتباه. ولا يمنع هذا من ظهور أعراض النشاط الزائد. هؤلاء الأطفال قد يجلسون بهدوء لكنهم لا يركزون وهم قادرون على بناء علاقات اجتماعية مقبولة مع الأقران.
- اضطراب تظهر فيه أعراض كل من النشاط الزائد/التهور وضعف الانتباه (Combined Hyperactive-Impulsive and Inattentive) وفيه تظهر لدى الطفل ست صفات أو أكثر من صفات النشاط الزائد والتهور وست صفات أو أكثر من صفات ضعف الانتباه. وهذا هو النوع الأكثر شيوعاً حيث أن معظم الأطفال لديهم هذا النوع من الاضطراب.

أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

كما تمت الإشارة سابقاً، تنقسم أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد الى ثلاث مجموعات هي:

- ضعف الانتباه
- فرط النشاط
- السلوك الاندفاعي التهوري

ويكون ضعف الانتباه المشكلة الرئيسة لدى بعض الأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب في حين أن البعض الآخر من الأطفال الذين لديهم الاضطراب يظهرون الأنواع المختلفة من الأعراض.

أعراض ضعف الانتباه

1. الفشل في إيلاء اهتمام كافي بالتفاصيل أو ارتكاب أخطاء ناتجة عن الإهمال في الواجبات المدرسي

Scanned by CamScanner

2. مواجهة صعوبة في الحفاظ على الاهتمام أثناء تأدية المهام أو اللعب
3. لا يبدو أنه يستمع عند التحدث اليه مباشرة
4. لا يتابع تنفيذ التعليمات ولا ينهي الواجبات المدرسية، أو الأعمال المنزلية، أو الواجبات في مكان العمل
5. لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة
6. يتجنب أو يكره المهام التي تتطلب جهداً عقلياً (مثل الواجبات المدرسية)
7. غالباً ما يفقد الألعاب، والمهام، وأقلام الرصاص، والكتب، أو الأدوات اللازمة للمهام أو الأنشطة
8. يتشتت انتباهه بسهولة
9. كثير النسيان في الأنشطة اليومية

يواجه الطلبة الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد صعوبة في التركيز على الواجبات المدرسية وإتمامها

أعراض فرط النشاط

1. تظهر حركات تدل على التململ في يديه أو قدميه أو يتلوى في مقعد
2. يخرج من المقعد في الأوقات التي يتوقع منه فيها أن يكون جالساً
3. يجري أو يتسلق في مواقف غير مناسبة
4. لا يستطيع اللعب بهدوء
5. يبقى متأهباً في كثير من الأحيان، ويتصرف كما لو كان داخله محرك، ويتحدث بشكل مفرط

Scanned by CamScanner

أعراض الاندفاع

1. يقدم الأجوبة قبل أن يستمع إلى الأسئلة بشكل كامل
2. لديه صعوبة في انتظار الدور
3. يعطل أنشطة الآخرين أو يتطفل عليهم

معدل حدوث اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد اضطراب سلوكي شائع لدى الأطفال من الأعراق والمجتمعات الإنسانية المختلفة. والفرق كما يرى فاراوان وسيرجينت وجلبيرج و بيدرمان (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003) هو أن هذا الاضطراب لا يتم التعرف عليه أو الاهتمام به من المتخصصين في الحقل الطبي ربما لصعوبة تشخيصه أو للاعتقادات الخاطئة الشائعة عن تأثيراته السلبية على الأطفال وأسرهم.

وتفيد ساهل وشواب ستون (Scahill & Shwab-Stone, 2000) بأن الدراسات المسحية التي نفذت في العقدين السابقين اشارت إلى ان معدل حدوث هذا الاضطراب يتراوح بين 2-17٪ اعتماداً على معايير التشخيص المعتمدة، وطرق اختيار العينات، وطرق جمع المعلومات. لكن الباحثتين (Scahill & Shwab-Stone, 2000) راجعتا 29 دراسة مسحية حول معدلات حدوث اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال في سن المدرسة وتوصلتا إلى أن أفضل تقدير لنسبة انتشار هذا الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين هو 5-10٪.

وقد قام كل من بولازيك ودي ليما وهورتا ورود (Polaczyk, de Lima, Horta, & Rhode, 2007) بمراجعة وتحليل الاحصائيات العالمية المتعلقة بنسبة انتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد المنشورة في الفترة من 1978 وحتى 2005. وشملت الدراسات التي تم تحليلها بيانات من كل من الولايات المتحدة الأمريكية، وأمريكا الجنوبية، وأوروبا، وأفريقيا، والشرق الأوسط، وآسيا. واقتصرت

Scanned by CamScanner

المراجعة والتحليل في هذه الدراسة على المسوحات التي أجريت على من تقل أعمارهم عن 18 عاماً واستخدمت فيها معايير الجمعية الأمريكية للطب النفسي أو معايير التصنيف الدولية المعتمدة من منظمة الصحة العالمية (التي تطلق على هذا الاضطراب اسم اضطراب فرط الحركة Hyperkinetic Disorder). واستطاع الباحثون الوصول إلى أكثر من 9000 وثيقة منها 303 دراسة كاملة. وكان استنتاجهم الرئيس هو أن هذه النسب متباينة بشكل ملحوظ وأن أسباب هذا التباين غير مفهومة جيداً. وخلص الباحثون إلى أن متوسط نسبة انتشار اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في العالم هو 5.3٪.

النشاط الزائد يعني التحرك بشكل متواصل وعدم القدرة على الجلوس بهدوء حتى لو كان المكان هادئاً

أسباب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

لا تزال أسباب اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد غير مفهومة. إلا أن ثمة عوامل قد تسهم في حدوث هذا الاضطراب وفيما يلي معلومات أساسية عن هذه العوامل كما ناقشتها جونسون (Hohnson, 1981):

العوامل الجينية

على الرغم من غياب المحددات الجينية المثبتة للنشاط الزائد، فإن النتائج جيدة التوثيق التي تشير إلى وجود علاقة بين الجينات ومستوى النشاط تتوفر حالياً. إضافة إلى ذلك، فإن دراسات التوائم الإنسانية تؤكد على الإسهامات الجينية في مستويات

Scanned by CamScanner

النشاط. ويستخدم أسلوبان لدراسة دور المتغيرات الجينية في توريث النشاط الزائد: الدراسات المتعلقة بالأقارب من الدرجة الأولى، ودراسات التوائم. فقد وجد باحثون إن 20٪ من الأطفال ذوي النشاط الزائد انجبوا لآباء كان لديهم نشاط زائد مقارنة بـ(5٪) فقط من الأطفال الذين ليس لديهم نشاط زائد واكتشفوا إن أسر الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد أكثر عرضة للاكتئاب، والإدمان على الكحول، والفصام والانتحار، وتشير نتائج الدراسات إلى أن الطفل الذي لديه نشاط زائد أكثر عرضة من غيره لمعاناة الاضطراب النفسي. وأحد المحددات المهمة للدراسات العائلية للأطفال ذوي النشاط الزائد هو أن الآباء لديهم نشاطات زائدة في طفولتهم لا يظهرون المؤشرات التقليدية لأن انخفاضاً يحدث عادة في مستوى النشاط الحركي مع تقدم العمر والنضج. وبوجه عام، فإن الدراسات المتصلة بالأقارب، تؤكد أن النشاط الزائد هو اضطراب أسري ينتقل من جيل إلى جيل، على أي حال، فإن آلية انتقال النشاط الزائد ليست معروفة بعد، ونسبة الانتشار قد تعزى للعوامل الجينية أو العوامل البيئية أو لهذه العوامل مجتمعة.

وتقوم طريقة مقارنة التوائم المتطابقة والتوائم المتآخية من نفس الجنس على افتراض مفاده أن الفروق بين التوائم المتطابقة هي نتاج العوامل البيئية وأن الفروق بين التوائم المتآخية هي نتاج العوامل البيئية والعوامل الجينية أيضا. والتشابه الكبير بين التوائم المتطابقة والتشابه القليل بين التوائم المتآخية ينسجمان والفرضية التي تدعم دور العامل الجيني في نقل النشاط الزائد. لكن دراسات التوائم المتعلقة بالنشاط الزائد محدودة، وعلى الرغم من الفروق في الجنس والعمر بين أزواج من التوائم المتطابقة والتوائم المتآخية وجدت بعض الدراسات توافقاً بمعدل 100٪ بالنسبة للنشاط الزائد لدى واحد فقط وليس لدى الزوج بالنسبة لأزواج التوائم المتآخية. ومن المحتمل أن تكون الزيادة في معدل التوافق في النشاط الزائد لدى التوائم المتطابقة لا ترجع للعوامل الجينية وإنما لعوامل أخرى، فعلى سبيل المثال:

أ- إن التوائم المتطابقة تعامل بطرق متشابهة أكثر من التوائم المتآخية.

Scanned by CamScanner

ب- إن التوائم المتطابقة أكثر عرضة من التوائم المتآخية لمضاعفات الحمل والولادة والتي يبدو أنها من العوامل السببية المرتبطة بالنشاط الزائد.

ج- إن التوائم ليست عينة ممثلة للمجتمع. وقد أدى انخفاض معدل حدوث كل من النشاط الزائد والتوائم إلى نقص في دراسات التوائم، ولذلك فإن القول بأن النشاط الزائد ينقل جينياً قولاً لا تدعمه الأدلة العلمية.

وأخيرا، تجدر الإشارة إلى أن الدراسات الجينية الحاسمة لم تنفذ بعد في مجال النشاط الزائد، فالميكانزمات الجينية يجب أن تعرف بدقة قبل أن يتم التحقق من وجودها، وإذا كانت الدراسات قد اقترحت العناصر الجينية فهي لهم تثبت ذلك حتى الآن.

العوامل العضوية

كثيرة هي البحوث المتصلة بالتلف الدماغي التي أشارت إلى أن الأطفال الذين يتسمون بالنشاط الزائد يعانون من اضطراب بسيط في وظائف الدماغ. على أي حال، يدّعي العديد من الباحثين الآخرين إن النشاط الزائد ليس عرضاً ضرورياً أو شائعاً من أعراض التلف الدماغي. ولكن هناك اعتقاداً راسخاً بأن الأطفال الذين يظهرون نشاطات زائدة هم أطفال تعرضوا أكثر من غيرهم للعوامل التي قد تسبب تلفاً دماغياً. ونناقش في هذا الجزء أربعة من هذه العوامل وعلاقتها بالنشاط الزائد. وعلى وجه التحديد، يتناول هذا الجزء دراسات الحمل ومضاعفات الولادة، والدراسات المتعلقة بالتشوهات والاضطرابات الجسمية، والدراسات المعتمدة على التخطيط الكهربائي للدماغ، والدراسات المرتبطة بالمؤشرات العصبية.

وهناك أدلة عملية موثوقة على أن بعض المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة قد تسبب مشكلات جسمية وسلوكية في المراحل العمرية اللاحقة، فقد وجد باحثون نسباً عالية من مضاعفات الحمل والولادة لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد مقارنة بالأمهات اللواتي لا يظهر أطفالهن نشاطاً زائداً. على أن هذه

Scanned by CamScanner

الفروق كانت صغيرة ولم تكن ذات دلالة إحصائياً. وقد فشل عدد من الباحثين في دعم الفرضية القائلة بأن مضاعفات الولادة في حالة الأطفال ذوي النشاط الزائد أكثر منها في حالة الأطفال بشكل عام.

خلاصة القول إن محدودية النتائج لا تدعم الافتراض القائل بأن الأطفال الذين يظهرون نشاطاً زائداً هم أطفال تعرضوا لمشكلات مختلفة في فترة الحمل أو فترة الولادة، وعدم التأكد من صحة المعلومات المقدمة عن التاريخ الطبي للأمهات يدفع الباحثين إلى تجنب الخروج باستنتاجات.

وغالباً ما تعكس المشكلات الجسمية البسيطة لدى الطفل (مثل اتساع محيط الرأس)، اضطراباً عضوياً. فقد وجدت بعض الدراسات علاقة بين النشاط الزائد والمشكلات الجسمية البسيطة، وأن التشوهات الولادية ترتبط بشدة النشاط الزائد، وأن المشكلات الجسمية البسيطة كانت أكثر انتشاراً بين الأطفال الذين لديهم نشاط زائد من الأطفال العاديين. ولكن لم يوجد ارتباط ذو دلالة بين عدد المشكلات الجسمية ومستوى النشاط الزائد. وهكذا فإن الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد ومن المشكلات الجسمية البسيطة أيضاً يشكلون فئة مميزة من المجتمع وأن الفحص الجسمي في المرحلة العمرية المبكرة قد يكتشف الأطفال المعرضين للنشاط الزائد، وبالرغم من هذه الاعتقادات المتسمة بالتفاؤل، ينبغي عليها أن نستنتج أن وجود المشكلات الجسمية ليس مؤشرا يعتمد عليه للنشاط الزائد.

Scanned by CamScanner

يعتقد كثيرون أن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد ينتج عن الغذاء الذي يتناوله الأطفال

وتوصلت الدراسات التي تضمنت التخطيط الكهربائي لأدمغة الأطفال ذوي النشاط الزائد إلى نتائج متباينة، فقد أشارت دراسات إلى أن ربع الأطفال الذين يظهرون نشاطاً زائداً يكون التخطيط الكهربائي الدماغي لهم غير طبيعي وأن نصف الأطفال يعانون من النشاط الزائد لديهم اضطراب بسيط إلى متوسط في التخطيط الدماغي الكهربائي. ومن ناحية ثانية، لم تجد دراسات أخرى علاقة بين الاضطرابات في التخطيط الدماغي الكهربائي لدى أطفال يعانون من النشاط الزائد وأطفال لا يعانون منه، ووجدت دراسات فروقاً في نوع الاضطرابات ولكنهم لم يجدوا فروقاً في معدّل حدوثها. وأشارت بعض الدراسات إلى أن وجود اضطراب في التخطيط الكهربائي لبعض الأطفال الذين يقومون بالنشاط الزائد ليس دليلاً على سبب النشاط الزائد.

وهناك اعتقاد مفاده أن الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد تظهر لديهم مؤشرات أو أعراض عصبية بنسبة أكبر من الأطفال الذين لا يعانون من النشاط الزائد. وعلى النقيض من ذلك، وجد باحثون آخرون أن نسبة صغيرة فقط من الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد يظهر لديهم أعراض عصبية بسيطة. وعموماً لا تدعم الأدلة

Scanned by CamScanner

التي قدمتها الدراسات العصبية بقوة الاعتقاد بأن العوامل العضوية تلعب دوراً مهماً في النشاط الزائد، فإذا كان النشاط الزائد هو أحد النتائج المحتملة للتلف الدماغي، فليس كل الأطفال الذين لديهم تلف دماغي لديهم نشاط زائد وليس كل الأطفال الذين يعانون من نشاط زائد لديهم تلف دماغي.

العوامل النفسية

تتمثل وجهة النظر النفسية باعتبار النشاط الزائد ظاهرة تنتج عن أنماط تنشئة الطفل، والتعزيز المباشر، والتعلم بالمحاكاة (النمذجة) وللأسف فإن البحوث التي حاولت تحديد العلاقة بين النشاط الزائد والعوامل النفسية محدودة. فكثير من الأطفال ذوي النشاط الزائد يظهرون سلوكهم المميز منذ الطفولة المبكرة فهم غالباً ما يكون من الصعب إرضاؤهم ويظهرون مستويات غير اعتيادية من الطاقة. ويعتقد بعض الباحثين أن هؤلاء الأطفال لديهم القابلية للنشاط الزائد، فهم سريعو التهيج إذا كانت الضغوط البيئية أكثر من قدرتهم على الاحتمال. ونتيجة لذلك، فإن الصعوبات في المزاج قد تقود إلى اضطرابات سلوكية أكثر صعوبة عندما يمتعض الوالدان من التهيج الإضافي الذي يسببه هؤلاء الأطفال، فالنشاط الزائد لدى الطفل هو طريقة للدفاع عن الذات في وجه الرفض وبالتالي فإن انخفاض تقدير الذات وزيادة مستوى التهيج يعيقان القدرة على التعلّم. ويقترح هذان المؤلفان أن الطفل نفسه سوف يكون باستطاعته إظهار نمط مقبول من السلوك إذا ما تم الحد من الضغوط البيئية. ومع أن الاعتقاد بالأنماط المزاجية له ما يبرره إلا أن المزاج بمفرده لا يسبب النشاط الزائد.

من جهة أخرى، قد يؤدي التعزيز الاجتماعي إلى تطور النشاط الزائد أو إلى استمراريته لدى الأطفال، ففي بادئ الأمر يؤدي التعزيز الذاتي إلى زيادة مستوى نشاط الرضيع، وفي مرحلة ما قبل المدرسة. يحظى نشاط الطفل بانتباه الراشدين وقد يتم تعزيزه، وفي المواقف الأخرى، قد يشكل سلوك الطفل عموماً بتجاهل سلوكه المناسب وبالاستجابة لنشاطه الزائد. وتظهر المشكلة الأولى لدى هذا الطفل عندما يدخل المدرسة، أي عندما تفرض القيود على مستويات الحركة العالية. وقد خلص معالجون

Scanned by CamScanner

كثيرون إلى أن آباء الأطفال ذوي النشاط الزائد يظهرون هم أنفسهم مستويات مرتفعة من النشاط ولذلك فمن المحتمل أن مستوى النشاط ينتقل من الآباء إلى الأبناء ليس عبر الجينات ولكن من خلال التعلّم بالملاحظة. وعلى الرغم من الاعتقاد بأن الوالدين قد يعملان بمثابة نموذج لمستوى نشاط الطفل وقد يعملان على تعزيزه إلا أنه لم يثبت عملياً أن ذلك سبباً كافياً أو ضرورياً للنشاط الزائد. وعلى ضوء ذلك، يجب أن نستنتج أنه لا يتوفر أدلة علمية كافية لتقرر ما إذا كان لتعلّم الطفل أو لتنشئته دور سببي في النشاط الزائد، وهناك حاجة إلى إجراء المزيد من البحوث العلمية.

العوامل البيئية

إن العلاقة الارتباطية المحتملة بين المستويات العالية ولكن غير السمية من الرصاص في الجسم قد دفعت ببعض الباحثين إلى إجراء الدراسات، فقد أكد البعض أن التسمم بالرصاص قد يقود أحياناً إلى النشاط الزائد وضعف الانتباه والتهور والاندفاع. ووجد في بعض الدراسات أن مستويات الرصاص في جسم الأطفال الذين يتسمون بالنشاط الزائد كانت أعلى بكثير مما هي عليه لدى الأطفال الذين يتمتعون بمستوى طبيعي من النشاط، والبحوث المتوفرة كافية لإثبات أن الرصاص قد يحدث اضطرابا في النشاطات الحيوية الدماغية، وعلى أي حال، فلا يتوافر بعد أدلة كافية على أن زيادة مستوى الرصاص في الجسم يؤدي إلى النشاط الزائد.

ويعتقد البعض أن التعرض للإضاءة الاعتيادية (كالإضاءة المستخدمة في غرفة الصف)، والتعرض للإضاءة المنبعثة عن جهاز التلفزيون قد تؤدي إلى التوتر الإشعاعي الذي قد يسبب نشاطاً زائداً أو ضغوطاً بيئية تغير الجسم بحيث ينتج النشاط الزائد. وقد دعمت بعض الدراسات صحة هذا الافتراض.

ومنذ سبعينيات القرن الماضي ربط بعض المعالجين بين النشاط الزائد لدى الأطفال واستهلاكهم للمواد المضافة للطعام بما في ذلك الحافظة والملونة والمعطية للنكهة إلى حامض الساليسيلك. وادعى بعضهم أنه في حالة الوصفة الغذائية التي تخلو من هذه المواد، فإن سلوك الأطفال الذين لديهم قابلية جينية للنشاط الزائد

Scanned by CamScanner

تحسن بنسبة 30-50٪ وأصبح بإمكانهم التوقف عن العقاقير المنشطة نفسياً والعقاقير الأخرى في غضون عشرة أيام.

وقد ظهرت عشرات التقارير في دوريات علمية متنوعة تبين تحسن السلوك أو تدهوره اعتماداً على استخدام الحمية الغذائية أو عدم استخدامها. ولم تتقدم النتائج أدلة قوية على صحة فرضية الحمية الغذائية.

تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

يتطلب تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد استخدام جملة من الأدوات مثل: الاختبارات النفسية، والفحص الجسمي، وفحوصات الأشعة وفحوصات مخبرية متنوعة. وفي الولايات المتحدة الأمريكية وعدة دول أخرى، تشكل المعايير المعتمدة من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV) أساس التشخيص، في حين تعتمد دول أخرى على معايير التصنيف الدولية للأمراض والمشكلات الصحية المرافقة (International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems) المعروفة اختصاراً بالرمز (ICD-10) والتي تصنف خصائص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد تحت اسم اضطرابات فرط الحركة.

وسّعت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال موجهاتها المتعلقة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بحيث أصبحت تشمل الأطفال من سن 4 إلى 18.

Scanned by CamScanner

ووفقاً لدليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatrist Association, 2000) يقتضي تشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال وجود (أولاً) أو (ثانياً) أدناه:

(أولاً): أن يكون لدى الطفل ما لا يقل عن ستة من الأعراض التالية لضعف الانتباه وأن يكون قد مضى على وجود هذه الأعراض لدى الطفل مدة لا تقل عن ستة أشهر وأن تكون الأعراض شديدة لدرجة غير تكيفية ولا تتوافق ومستوى نمو الطفل:

1. الاخفاق المتكرر في الانتباه إلى التفاصيل وارتكاب اخطاء بسبب ذلك
2. مواجهة صعوبات متكررة في المحافظة على الانتباه للمهمات وأثناء اللعب
3. التصرف بطريقة توحي للآخرين بأنه لا يستمع إليهم عندما يتحدثون معه بشكل مباشر
4. عدم متابعة الأشياء واتمام الواجبات
5. مواجهة صعوبات في تنظيم الأنشطة والمهمات
6. تجنب أو عدم الرغبة في تأدية المهمات التي تتطلب جهداً عقلياً متواصلاً
7. فقدان الأشياء اللازمة لتأدية المهمات والأنشطة
8. التشتت المتكرر بسبب المنبهات الخارجية
9. النسيان المتكرر عند تأدية الأنشطة اليومية

(ثانياً): أن يكون لدى الطفل ما لا يقل عن ستة من الأعراض التالية للنشاط الزائد أو التهور وأن يكون قد مضى على وجود هذه الأعراض لدى الطفل مدة لا تقل عن ستة أشهر وأن تكون الأعراض شديدة لدرجة غير تكيفية ولا تتوافق ومستوى نمو الطفل:

1. التململ المتكرر أثناء الجلوس
2. مواجهة صعوبة في الجلوس في المواقف التي يطلب منه فيها ذلك
3. تسلق الأشياء والركض المتكرر في المواقف غير الملائمة

Scanned by CamScanner

4. مواجهة صعوبة في اللعب بهدوء
5. متحفز دائماً للحركة والانطلاق
6. الحدث بشكل مفرط
7. الاجابة عن الأسئلة قبل أن تكتمل
8. مواجهة صعوبات في انتظار الدور
9. ازعاج الآخرين وتعطيل أعمالهم

هذا ويشخّص الأطفال الذين يظهرون الأعراض المذكورة في (أوّلاً) كأطفال ذوي ضعف انتباه. ويشخص الأطفال الذين يظهرون الأعراض المذكورة في (ثانياً) كأطفال ذوي نشاط زائد واندفاعية. ويشخص الأطفال الذين يظهرون الأعراض المذكورة في كل من (أوّلاً) و (ثانياً) كأطفال ذوي ضعف انتباه ونشاط زائد.

إضافة إلى ما ورد أعلاه، فان الأعراض تظهر في موقفين أو أكثر) كالمدرسة والبيت مثلاً)، ويرافقها بالضرورة ضعف ملحوظ في الأداء الاجتماعي والأكاديمي. وأخيراً، فهذه الأعراض ليست ناتجة عن اضطرابات نفسية معروفة أو عن اضطرابات تطورية شاملة.

يواجه هؤلاء الأطفال صعوبات جمّة في واجباتهم المنزلية. فهم ينسون واجباتهم ويتركونها في المدرسة. وهم يرتكبون أخطاء في واجباتهم نتيجة عدم الانتباه. وهم ينتقلون من واجب غير مكتمل إلى واجب آخر.

Scanned by CamScanner

وتقدم الصفحات التالية وصفاً موجزاً لأهم الأدوات المستخدمة لتشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

مقياس تقدير اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD Rating Scale)

قام بتطوير هذا المقياس كل من دوبول وباور واناستوبولوس (Dupaul, Power, & Anastopoulos, 1998). ويتوفر المقياس في صورتين (صورة مدرسية وصورة منزلية). وتعتمد الصورتان على معايير التشخيص المعتمدة في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي. وقد أعدّ مطورو هذا المقياس دليلاً تفصيلياً يبين عملية تطوير المقياس وتقنينه، وخصائصه السيكومترية (الصدق والثبات)، وتعليمات تطبيقه وتفسير نتائجه.

مقياس كونرز التقديري/الطبعة الثالثة

Conners' Rating Scale–Revised (CRS 3)

طور كيث كونرز هذا المقياس لتقييم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال والمراهقين. ويتم تطبيق هذا المقياس على الأطفال والمراهقين (المرحلة العمرية من 6-18سنة) عن طريق أولياء أمورهم (Parent Rating Scales) أو معلميهم (Teacher Rating Scales) وللمراهقين (المرحلة العمرية من 8-18سنة) عن طريق التقدير الذاتي (Adolescent Self-Report). وتتوفر جميع هذه المقاييس بصورتين صورة طويلة يستغرق تطبيقها 15-20 دقيقة وصورة قصيرة يستغرق تطبيقها 5-10 دقائق.

ويغطي هذا المقياس الأبعاد التالية:

1. الاضطرابات النفسية العامة
2. عدم الانتباه
3. النشاط الزائد/التهور
4. مشكلات التعلّم
5. الأداء التنفيذي

Scanned by CamScanner

6. العدوان
7. العلاقات مع الأقران
8. العلاقات الأسرية
9. اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد – عدم الانتباه
10. اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد – التهور
11. اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد – عدم الانتباه والتهور معاً
12. سلوك العصيان والتمرد
13. اضطرابات التصرف

مقاييس كونرز لتقدير اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الراشدين

Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS)

طور هذا المقياس كلٌ من كونرز وارهارت وسبارو (Conners, & Sparrow Erhardt, بهدف تقييم وتشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الراشدين الذين تزيد أعمارهم عن 18 سنة من ومتابعة فاعلية البرامج العلاجية لهذا الاضطراب. والمجالات الأربعة التي يركز هذا المقياس عليها هي:

- عدم الانتباه ومشكلات الذاكرة
- النشاط الزائد
- السلوك الاندفاعي
- المشكلات في مفهوم الذات

ويتوفر هذا المقياس في ثلاث صور مختلفة يمكن استخدامها في أغراض متنوعة في البحوث الاكلينيكية ومؤسسات التأهيل والعلاج.

مقياس منظمة الصحة العالمية للتقدير الذاتي لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الراشدين

WHO Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)

قام بتطوير هذا المقياس منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع باحثين من كلية الطب في جامعة نيويورك وكلية الطب في جامعة هارفارد Kessler, Adler, Ames,

Scanned by CamScanner

(et al., 2005). ويشمل المقياس 18 سؤالاً تمت صياغتها بناء على معايير الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عند الراشدين. ويتم توزيع الدرجات لهذه الأسئلة على سلم خماسي على غرار مقاييس ليكرت تتراوح بين "لا يحدث هذا السلوك بالمرة" و "يحدث هذا السلوك بشكل متكرر". ويتوفر هذا المقياس حالياً بثلاث لغات هي الإنجليزية، والصينية، والإسبانية حيث تم إجراء دراسات في هذه الثقافات الثلاث وبينت جميع هذه الدراسات أن المقياس يتمتع بدلالات صدق وثبات جيدة.

من خصائص الأطفال الذين لديهم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد عدم القدرة على التحمل والملل بسهولة

التشخيص الفارقي لاضطراب ضعف الانتباه

Differential Diagnosis of Attention Deficit Disorder

هناك مجموعة من المشكلات الأخرى التي قد ترافق اضطراب ضعف الانتباه، والنشاط الزائد أو التي قد تشبه هذا الاضطراب من حيث أعراضها وخصائصها (Murphy, & Fischer, 2010)Barkley. ومن هذه المشكلات:

Scanned by CamScanner

اضطراب سلوك التحدي والمعارضة Oppositional-Defiant Disorder

يشيع هذا الاضطراب السلوكي لدى ما يزيد عن 10٪ من الأطفال الذين يتم تشخيص اضطراب ضعف الانتباه لديهم. ومن أهم خصائص هذا الاضطراب: ضعف الانتباه والتهور، والسلبية، ومخالفة التعليمات، ونوبات الغضب، والعدوان، والسلوك غير الاجتماعي.

اضطراب التصرف Conduct Disorder

قد يظهر الأطفال ذوو ضعف الانتباه اضطراب التصرف. ومن أهم خصائص هذا الاضطراب: العدوان، والتخريب، والغش والكذب والسرقة، ومخالفة التعليمات.

اضطراب النمو الشامل Pervasive Developmental Disorder

من أهم أعراض هذا الاضطراب الشديد والنادر: السلوك التوحدي، وبطء النمو الاجتماعي، والمشكلات الكلامية والحركية.

اضطراب معالجة المعلومات السمعية المركزية والمشكلات السمعية
Central Auditory Processing Disorder and Hearing Problems

قد يواجه الأطفال ذوو اضطراب ضعف الانتباه صعوبات في تأدية المهمات التي تشمل الاصغاء والسمع.

اضطرابات القلق Anxiety Disorders

تشيع اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه. وعلى وجه التحديد، تشبه خصائص الاضطرابات الاستحواذية القهرية خصائص اضطراب ضعف الانتباه. كذلك يظهر الأطفال الذين تعرضوا للإساءة خصائص مشابهة لخصائص اضطراب ضعف الانتباه.

الاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder

يشمل هذا الاضطراب الاكتئاب والهوس وكلا الحالتان تسببان ضعف الانتباه والتشتت.

Scanned by CamScanner

اضطرابات النوم Sleep Disorders

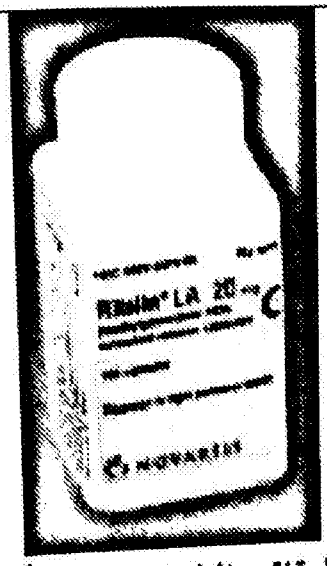
وأخيراً تعد اضطرابات النمو من الاضطرابات التي غالباً ما ترافق اضطراب ضعف الانتباه.

أسس معالجة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

يشمل علاج اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في معظم الأحيان استخدام كل من أساليب تعديل السلوك والعقاقير الطبية. وقد يشمل العلاج أيضاً الإرشاد النفسي والحمية الغذائية.

وقد بينت عشرات الدراسة التجريبية أن العقاقير الطبية تترك أثراً ما على سلوك الأطفال والشباب ولكن التأثيرات طويلة المدى لهذه العقاقير تبقى محدودة (Jensen, Garcia, & Glied, 2005). والعقاقير المنشطة هي العقاقير الطبية الأساسية المستخدمة لمعالجة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (Wigal, 2009). وتشمل هذه العقاقير: مثلفينيديت (ريتالين)، دكسترو أمفيتامين (ديكسيدرين)، أمفيتامين (أديرال)، أتوموكسيتين (ستارتيرا)، جوانفاسين (انتيونيف). ويعدّ ريتالين (Ritalin) الأكثر استخداماً. وريتالين منشط للجهاز العصبي المركزي. وبالرغم من أن آلية عمله ما تزال غير واضحة إلا أنه يعتقد أن هذا الدواء، يعمل على تنشيط جذع الدماغ والقشرة الدماغية. وقد كان استخدام هذا الدواء ومضاعفاته المحتملة مثيرا للجدل على الدوام لكنه مفيد للغاية في حالات اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

Scanned by CamScanner



ريتالين: من أكثر العقاقير الطبية استخداماً لمعالجة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد

لصقات ديترانا (Daytrana Patches)

في الفترة الماضية طورت الشركة المنتجة للريتالين (Noven Therapeutics) عقاراً جديداً اسمه ديترانا وهو عقار منشط نفسياً للجهاز العصبي المركزي يستخدم في معالجة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين السادسة والسابعة عشرة. ويعمل هذا العقار على تحسين الانتباه من جهة وخفض النشاط الزائد والسلوك الاندفاعي من جهة أخرى. وتوصي الشركة المنتجة لهذا الدواء باستخدامه ضمن برنامج علاجي متكامل يشمل الإرشاد النفسي. وتنوه الشركة المنتجة لهذا الدواء إلى ضرورة مراعاة ما يلي بخصوص استخدامه:

- قد يؤدي ديترانا إلى الإدمان
- يجب عدم استخدام هذا الدواء إذا كان لدى الطفل قلق أو تهيج سلوكي شديد، أو جلوكوما (ماء أسود)، أو حركات لاإرادية (عرات)، أو تحسس من الدواء.

Scanned by CamScanner

- من الأعراض الجانبية الشائعة لتناول هذا الدواء: المشكلات الجلدية، وفقدان الشهية، والتقيؤ والغثيان، وآلام المعدة، وفقدان الوزن، ومشكلات النوم والمزاج.
- قد ينتج عن تناول الدواء مشكلات في القلب لذا يجب أن يشرف على تناوله طبيب متخصص.

وأساليب تعديل السلوك هي الأخرى فعّالة في معالجة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (Fabiano, Pelham, Coles, Gnagy, Chronis-Tuscano, O'Connor, 2009). وينصب الاهتمام في العلاج السلوكي للنشاط الزائد على تقوية الانتباه لدى الطفل كوسيلة لخفض الانماط السلوكية غير المناسبة أو الاستجابات التي لا تتعلق بالمهمات المطلوب تأديتها. وكان ستراوس (Strauss) من أوائل من اقترحوا معالجة النشاط الزائد بأساليب غير طبية من خلال تنظيم البيئة الصفية: إذ اقترح بيئة تفتقر إلى الاثارة وتشمل محطات تعليمية خاصة لكل طفل، وغرفاً صغيرة، وجدراناً تخلو من الإثارة البصرية (الألوان والصور والملصقات). وفيما بعد تطورت الأساليب العلاجية بحيث أصبحت تشمل تعديل الظروف البيئية الصفية والمنزلية واستخدام نشاطات مختلفة لزيادة الانتباه. ومن أكثر أساليب تعديل السلوك فاعلية التنظيم الذاتي والاسترخاء.

ويشمل التنظيم الذاتي الملاحظة الذاتية والتعزيز الذاتي. ويتمثل المبرر الاساسي لاستخدام التنظيم الذاتي لمعالجة النشاط الزائد في افتراض مفاده أن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة يستطيع تعميم التغيرات التي تطرأ على سلوكه الى ظروف اخرى دونما تدخل علاجي خارجي.

وقد استخدمت عدة دراسات أسلوب الاسترخاء العضلي التام بنجاح في معالجة النشاط الزائد لدى اطفال في الصف الأول الإبتدائي. ويستند هذا الأسلوب إلى افتراض مفاده ان تدريب الطفل على الاسترخاء يهدىء الطفل ويقلل من تشتته. هذا واستخدمت أساليب أخرى لمعالجة النشاط الزائد منها التعاقد السلوكي، والتعزيز الرمزي، والتغذية الراجعة.

Scanned by CamScanner

المراجع

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Ed. (Text Revision). Washington, DC: 2000.

Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.

Barkley, R. , Murphy, K., & Fischer, M. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. The Guilford Press.

Dulcan, M. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10), 85–121.

DuPaul, G. J.; Power, T. J.; Anastopoulos, A. D.; Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale—IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. New York, NY, US: Guilford Press.

Fabiano, G., Pelham, W., Coles, E., Gnagy, E., Chronis-Tuscano, A., O'Connor, B. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29 (2): 129–140.

Faraone, S., Sergeant, J., Gillberg, & Biederman, 2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104–113.

Gaub, M. & Carlson, C. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045.

Scanned by CamScanner

Jensen, P., Garcia, J., & Glied, S. (2005). Cost-effectiveness of ADHD treatments: Findings from the multimodal treatment study of children with ADHD. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (9): 1628–1636.

Johnson, J. A. (1981). The etiology of hyperactivity. *Exceptional Children*, 47 (5), 348-354.

Kessler R., Adler, L., Ames M., et al. (2005). The world health organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population, *Psychological Medicine*, 35(2):245-256.

Polaczyk, G., de Lima, M., Horta, B., & Rhode, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 952-948.

Scahill, L.; & Schwab-Stone, M. (2000). Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 541-555.

Swanson J, Sergeant J, Taylor E, Sonuga-Barke E, Jensen P, Cantwell D: Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet*, 1998; 351:429–433.

Wigal, S. (2009). Efficacy and safety limitations of attention-deficit hyperactivity disorder pharmacotherapy in children and adults. *CNS Drugs*, 23 (1): 21–31.

Scanned by CamScanner

الفصل الحادي عشر

اضطرابات الطيف التوحدي

Scanned by CamScanner

مقدمة

التوحد إعاقة نمائية مركبة تنتج عن اضطراب عصبي يترك تأثيرات ملحوظة على مهارات الطفل التواصلية ومهارات التفاعل الاجتماعي. ويأخذ التوحد أشكالاً مختلفة حيث أن الأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب لا يظهرون بالضرورة نفس الأعراض تماماً. كما أن هؤلاء الأطفال يظهرون درجات متباينة من الأعراض فهي قد تكون بسيطة لدى بعضهم وقد تكون شديدة لدى البعض الآخر. وتتناقض الأدلة العلمية المتوفرة حالياً التي تشير إلى أن أسباب التوحد بيولوجية مع الاعتقادات التي كانت سائدة لفترة من الزمن ومفادها أن التوحد حالة تحدث لدى الأطفال الذين ينحدرون من أسر متعلّمة تنتمي للفئة الاقتصادية الاجتماعية ذات المستوى الجيد. فالدراسات العلمية المعاصرة تشير إلى أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من كافة الشرائح الاجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية أو الاقتصادية الاجتماعية أو الأصول العرقية. وتشكل العلاقة القوية بين التوحد والتخلف العقلي دليلاً إضافياً على أن أسباب التوحد ليست نفسية أساساً.

وتشير البحوث إلى أن أقارب الأطفال التوحديين أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالتوحد. وهي توضح أيضاً أن نسبة كبيرة من أقارب هؤلاء الأطفال تعاني أو كانت تعاني من اضطرابات كلامية، أو صعوبات تعلمية، أو إعاقات معرفية بسيطة أخرى. ومن جهة أخرى، يرتبط التوحد ببعض الاضطرابات الجسمية (مثل: الحصبة الألمانية وبعض الفيروسات بل وحتى الفطريات، والتشنجات في مرحلة الرضاعة، واضطراب عملية التمثيل الغذائي، وبعض الاضطرابات الوراثية كالتصلب التدرني ومتلازمة الكروموسوم الجنسي الهش. وعلى ضوء الأدلة العلمية المتزايدة التي تتوفر حول الدور السببي للعوامل البيولوجية في التوحد، أصبح ينظر إلى هذه الحالة بوصفها اضطراباً جسمياً وليس اضطراباً انفعالياً (Simpson & Myles, 2008).

وتعود بدايات الدراسات العلمية للتوحد إلى عقد الأربعينيات من القرن الماضي. وتجمع المراجع العلمية على أن الدكتور ليو كانر (Leo Kanner) الأمريكي

Scanned by CamScanner

وهانز أسبرجر (Hans Asperger) النمساوي كانا أول من وصف التوحد في الوقت ذاته تقريباً. وقد أطلق كانر على الحالة اسم "توحد الطفولة المبكرة" في حين عرفت الحالة التي وصفها أسبرجر باسمه "متلازمة أسبرجر". وكان استخدام كانر لمصطلح "التوحد" منقولاً عن أدبيات دولية استخدمت هذا المصطلح للإشارة إلى نزوع الأشخاص الفصاميين للإنسحاب من العالم المحيط بهم.

وفي العقود الستة الماضية، تحققت انجازات كبيرة على مستوى فهم هذا الاضطراب، وأسبابه وطرق معالجته. لكن الطريق لم يكن دون عثرات. ومن الأمثلة المهمة على ذلك الفرضية التي اقترحها عالم النفس التحليلي برونو بتلهايم (Bruno Bettelheim) في ستينيات القرن الماضي ومفادها أن التوحد ينتج عن أنماط تفاعل الأم مع طفلها. وقد عرفت تلك الفرضية ب"فرضية الأم الثلاجة" (Refrigerator Mother Theory). وتبعاً لتلك الفرضية، فإن سبب التوحد هو تفاعل الأم ببرودة عاطفية مع طفلها. وبالرغم من أن البحوث العلمية بينت عدم صحة تلك الفرضية المقيتة بعد فترة وجيزة من اقتراحها، فإن التبعات السلبية لتلك الفرضية لم تختف تماماً. فقد تنطوي قناعات بعض الاختصاصيين على توجيه اللوم إلى الأم، عن قصد أو عن غير قصد، وكأنها مسؤولة عن حالة طفلها، وبالمقابل، قد تشعر بعض الأمهات بالذنب لاعتقادهن بأن سلوكهن هو الذي جعل أطفالهن توحديين.

لكن التفكير بالتوحد، وأسبابه، وعلاجه تغيّرَ جوهرياً منذ بداية عقد الستينات من القرن الماضي. فقد توافرت أدلة علمية متزايدة على أن التوحد ينتج عن مشكلات عصبية واضطرابات بيولوجية مما وضع حداً للاعتقاد الخاطئ بأن التوحد يسببه البرود العاطفي للأم. فالتوحد هو اضطراب في النمو العصبي. ويعتقد على نطاق واسع أن التوحد يؤثر على عمل الخلايا العصبية في الدماغ مما يقود إلى تغييرات جوهرية في آلية معالجة المعلومات في الدماغ (Heflin, & Alaimo, 2007).

وكان على رأس الباحثين الذين قدموا تفسيرات بيولوجية للتوحد الأخصائي النفسي الأمريكي بيرنارد ريملاند (Bernard Rimland) وهو أب لطفل توحدي كان

Scanned by CamScanner

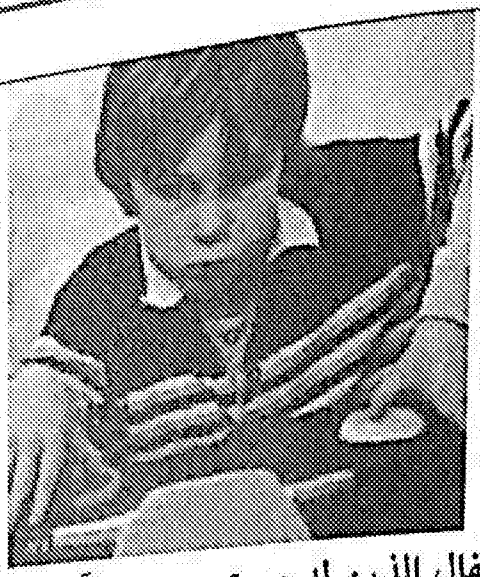
مديراً لمعهد أبحاث التوحد وأسّس جمعية التوحد الأمريكية في عقد الستينات. وقد كان لأبحاث ريملاند وأعماله تأثيرات واسعة في مجال التوحد ليس في أمريكا فقط ولكن في العالم كله.

الدكتور بيرنارد ريملاند (1928-2006) له الفضل في وضع حد للتفسيرات القديمة العقيمة للتوحد

وأصبح التوحد، في عام 1997، فئة مستقلة من فئات التربية الخاصة في التشريعات الأمريكية. وتزامن مع ذلك زيادة غير مسبوقة بالاهتمام بهذه الفئة تمثلت في التوسع في تغطيتها في وسائل الإعلام العامة وفي زيادة تمويل البحوث العلمية المتعلقة بها (Smith, 2005).

والتوحد فئة تشخيصية تندرج تحت مصطلح أوسع هو اضطرابات الطيف التوحدي (Autism Spectrum Disorders) الذي يشار إليه باللغة الانجليزية بالرمز (ASD). وكما سيتم التوضيح لاحقاً، يقصد بمصطلح "الطيف" تشابه الخصائص ولكن مع تباين شديد في المهارات التي يتم إظهارها. فقدرات الأطفال في كل مجال من مجالات النمو قد تكون أدنى من المتوسط أو أعلى من المتوسط بشكل ملحوظ. وتتشابه الاضطرابات الخمسة هذه بمشكلات في ثلاثة من مجالات النمو هي: التواصل، والمهارات الاجتماعية، ومدى الاهتمامات. وكما تشير سميث (Smith, 2005).

Scanned by CamScanner



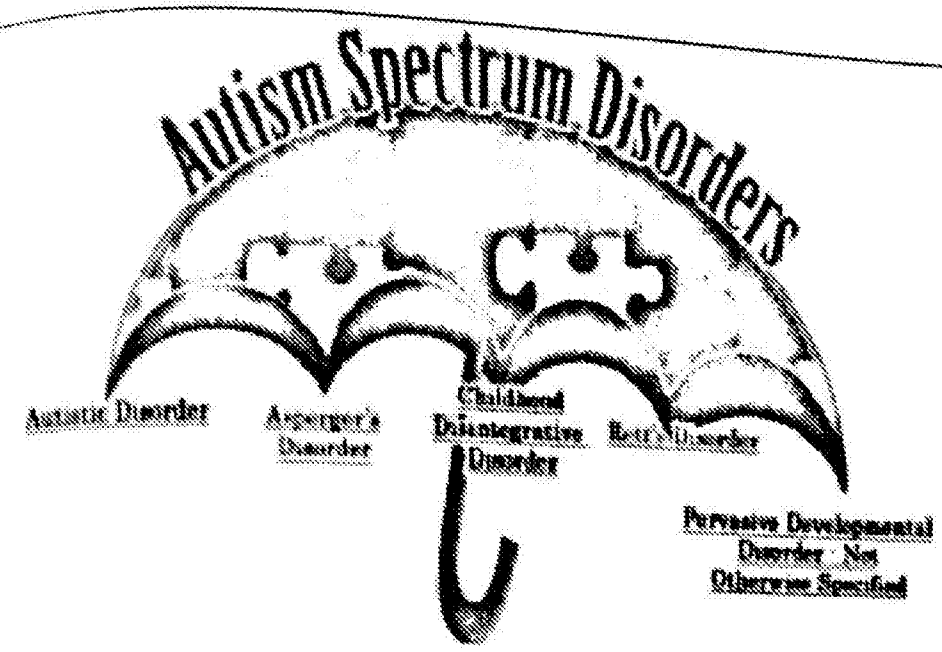
لا يتواصل الأطفال الذين لديهم توحد مع الآخرين بالطرق المألوفة

اضطرابات الطيف التوحدي (Autism Spectrum Disorders)

يستخدم مصطلح اضطراب الطيف التوحدي للإشارة إلى خمسة اضطرابات متشابهة. وهذه الاضطرابات هي:

1. التوحد
2. متلازمة أسبرجر
3. متلازمة رت
4. اضطراب الطفولة التفككي
5. اضطراب النمو الشامل غير المحدد

Scanned by CamScanner



الشكل (12-1): مظلة اضطرابات الطيف التوحدي

وبالرغم من أن اضطرابات الطيف التوحدي تتشابه في جملة من الخصائص وبخاصة ضعف المهارات اللغوية، إلا أنها تتباين من حيث شدة أعراضها، وعمر الطفل عند حدوثها، ووجود بعض مظاهر العجز كالإعاقة العقلية على سبيل المثال. وللتوضيح يناقش هذا الجزء من الفصل أوجه التشابه وأوجه الاختلاف ما بين الاضطرابات الخمسة المشار إليها أعلاه.

التوحد

التوحد (Autism) هو أحد أنواع اضطرابات الطيف التوحدي، إلا أنه كثيراً ما يوصف في المراجع العلمية وكأنه يعني كل اضطرابات الطيف التوحدي. ويعرّف التوحد بأنه إعاقة نمائية (تطورية) تظهر قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره وتترك تأثيرات كبيرة على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وعلى مهارات التفاعل الاجتماعي أيضاً. كما يتصف التوحد بأنماط سلوكية نمطية تكرارية، وبمقاومة التغييرات في البيئة أو في الأنشطة اليومية الروتينية، وفي استجابات غير مألوفة للخبرات الحسية. ولأن مثل هذا التعريف تعريف عام تعوزه الدقة، فقد حرصت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الرابعة من دليلها التشخيصي (American

Scanned by CamScanner

Psychiatric Association, 2000) على تحديد معايير تشخيص التوحد والتي تظهر في الجدول (11-1).

الجدول (11-1)

معايير تشخيص التوحد كما وردت في الطبعة الرابعة من دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي

أ. ست فقرات (أو أكثر) من النقاط (1)، و (2)، و (3) أدناه بواقع اثنتين على الأقل من نقطة (1) وفقرة واحدة على الأقل من النقاط (2)، و (3):

(1) عجز نوعي في التفاعل الاجتماعي يظهر من خلال ما لا يقل عن اثنين من:

أ. عجز ملحوظ في سلوكيات غير لفظية متعددة مثل النظر إلى عيون الآخرين، وتعبيرات الوجه، وأوضاع الجسم، والإيماءات.

ب. الاخفاق في تطوير علاقات مع الأقران.

ج. عدم المبادرة إلى مشاركة الآخرين بالأشياء والاهتمامات

د. عدم مبادلة الآخرين الاستجابات الاجتماعية والعاطفية

(2) عجز نوعي في التواصل يظهر من خلال واحدة على الأقل مما يلي:

أ. تأخر أو عدم تطور اللغة المنطوقة.

ب. عجز شديد في التحدث مع الآخرين إذا كان لدى الطفل قدرة على الكلام.

ج. استخدام لغة غير مفهومة أو استخدام لغة نمطية تكرارية.

د. غياب أنماط اللعب المتنوعة واللعب الاجتماعي التقليدي.

(3) سلوكيات نمطية تكرارية واهتمامات ونشاطات محدودة جداً تتمثل في واحدة على الأقل مما يلي:

أ. الانشغال بشيء معين بطريقة غير عادية من حيث قوة التركيز أو الشدة.

ب. الانهماك بنشاطات طقوسية متكررة دون كلل أو ملل.

Scanned by CamScanner

ج. الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء.
د. سلوكيات حركية نمطية تكرارية مثل ضرب الأصابع أو اليدين.
ب. تأخر ملحوظ أو نمو مضطرب يظهر قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره في واحدة على الأقل من مظاهر النمو التالية: التفاعل الاجتماعي، واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي، واللعب الرمزي أو التخيلي.
ج. الاضطراب غير قابل للتفسير بشكل أفضل من خلال متلازمة رت أو اضطراب الطفولة التفككي.

فالأطفال الذين لديهم توحد لا يتواصلون مع الآخرين بطرق اعتيادية. فكثير منهم لا يتواصلون مع الغير بالكلام. وبالنسبة للذين يتكلمون، فمعظم كلامهم يكون ترديداً لما يسمعونه وذلك ما يعرف بالمصاداة الكلامية أو الترديد الكلامي (Echolalia). وقد يخطئ من يتكلم من هؤلاء الأطفال في استخدام الضمائر أو في فهم معاني المفردات. ويواجه الأطفال الذين لديهم توحد صعوبات كبيرة في التفاعلات الاجتماعية حيث أن من أهم مشكلاتهم أنهم يبدون وكأنهم يعيشون في عالم خاص. ومن جهة أخرى، فان هؤلاء الأطفال يظهرون سلوكيات نمطية أو أنماطاً سلوكية واستجابات غير مألوفة مثل التعلق المفرط بلعبة معينة، أو التصرف بالطريقة ذاتها باستمرار.

وبالرغم من أن درجة الذكاء ليست معياراً تشخيصياً للتوحد، فان سميث (Smith, 2005) تنقل عن عدة مراجع علمية قولها أن 75٪ من الأطفال الذين لديهم توحد لديهم إعاقة عقلية في حين أن ال 25٪ المتبقية تمتلك قدرات عقلية طبيعية. واستناداً إلى ذلك، تصنف الأدبيات المختصة التوحد إلى: توحد ذي قدرات متدنية (Low Functioning Autism) ويقصد به أن الطفل لديه توحد وإعاقة عقلية وتوحد ذي قدرات مرتفعة (High Functioning Autism) بمعنى أن الطفل لديه توحد ولكن ليس لديه إعاقة عقلية. وهناك نسبة قليلة (لا تزيد عن 5٪) من الأطفال التوحديين

Scanned by CamScanner

الذين يتمتعون بقدرات استثنائية في الحساب أو الموسيقى ولكنهم في الوقت ذاته يفتقرون لأبسط مهارات التواصل الاجتماعي.

متلازمة أسبرجر

كان الدكتور هانز أسبرجر (Hans Asperger)، طبيب الأطفال النمساوي، أول من وصف الخصائص السلوكية لمتلازمة أسبرجر (Asperger's Syndrome) التي نسب اسمها إليه. وكان من أهم تلك الخصائص ضعف المهارات الاجتماعية والسلوكيات أو الاهتمامات المحدودة أو غير العادية. وبالنسبة للمهارات الكلامية واللغوية فهي تتطور بشكل طبيعي ولكن بعض مهارات التواصل تكون غير عادية حيث يواجه الأطفال صعوبة في الاستخدام الاجتماعي للغة. فهم يميلون إلى تفسير اللغة بطريقة حرفية تماماً الأمر الذي يجعلهم يواجهون صعوبات في استيعاب المفاهيم واللغة غير اللفظية. أما من حيث القدرات العقلية فان معظم الأطفال الذين لديهم متلازمة أسبرجر ليس لديهم إعاقة عقلية وذلك فرق جوهري بين هذه المتلازمة والتوحد. ويبين الجدول (11-2) معايير تشخيص متلازمة أسبرجر كما وردت في الطبعة الرابعة من دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2000).

تتصف متلازمة أسبرجر بضعف المهارات الاجتماعية والتواصلية.

اسمى الزريبة الخاصة

Scanned by CamScanner

الجدول (11-2)

معايير تشخيص متلازمة أسبرجر كما وردت في الطبعة الرابعة من دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي

عجز نوعي في التفاعل الاجتماعي يظهر في اثنين على الأقل مما يلي:

أ. عجز ملحوظ في سلوكيات غير لفظية متعددة مثل النظر إلى عيون الآخرين، وتعبيرات الوجه، وأوضاع الجسم، والإيماءات.

ب. الاخفاق في تطوير علاقات مع الأقران.

ج. عدم المبادرة إلى مشاركة الآخرين بالأشياء والاهتمامات

د. عدم مبادلة الآخرين الاستجابات الاجتماعية والعاطفية

2. سلوكيات نمطية تكرارية واهتمامات ونشاطات محدودة جداً تتمثل في واحدة على الأقل مما يلي:

أ. الانشغال بشيء معين بطريقة غير عادية من حيث قوة التركيز أو الشدة.

ب. الانهماك بنشاطات طقوسية متكررة دون كلل أو ملل.

ج. الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء.

د. سلوكيات حركية نمطية تكرارية مثل ضرب الأصابع أو اليدين.

الاضطراب الموجود لدى الطفل يسبب عجزاً ملحوظاً وذا دلالة عيادية في النمو الاجتماعي، والمهني، أو مظاهر نمو أخرى.

لا يوجد عجز ملحوظ في القدرات اللغوية.

لا يوجد عجز ملحوظ في القدرات العقلية أو في السلوك التكيفي.

لا تنطبق على الحالة معايير تشخيص اضطرابات النمو الشاملة الأخرى.

متلازمة رت

متلازمة رت (Rett's Syndrome) اضطراب عصبي وتطوري نادر ينتج عن خلل في الكروموسوم الجنسي كان أول من وصفه طبيب نمساوي اسمه أندرياس رت.

Scanned by CamScanner

وهو يصيب واحدة من كل من 10000 أنثى. وفي السنة الأولى والنصف من العمر يكون تطور البنت طبيعياً ولكن نموها بعد ذلك يبدأ بالتدهور. وتظهر على البنت ملامح التوحد مثل عدم التفاعل الاجتماعي، وفقدان الكلام، والمشكلات الحركية، وصغر حجم الجمجمة، والإعاقة العقلية، وربما النوبات الاختلاجية (الصرعية). ويبين الجدول (3-11) معايير تشخيص متلازمة رت كما وردت في الطبعة الرابعة من دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2000).

متلازمة رت اضطراب نادر تتأثر به الإناث بسبب خلل في الكروموسوم الجنسي

Scanned by CamScanner

الجدول (11-3)

معايير تشخيص متلازمة رت كما وردت في الطبعة الرابعة من دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي

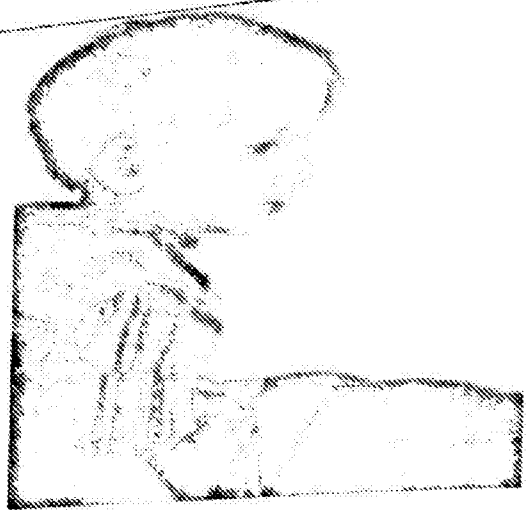
1. كل ما يلي:
أ. تطور طبيعي أثناء الحمل وأثناء الولادة.
ب. تطور نفسي حركي طبيعي أثناء الشهور الخمسة الأولى من العمر.
ج. محيط رأس طبيعي عند الولادة.
2. حدوث كل مما يلي بعد فترة النمو الطبيعي:
أ. انخفاض معدل نمو الرأس ما بين الشهر الخامس والشهر الثامن والأربعين من العمر.
ب. فقدان الطفل للمهارات اليدوية العادية التي كانت موجودة لديه عندما يتراوح عمره بين 5-30 شهراً والبدء بإظهار سلوكيات حركية نمطية.
ج. فقدان مهارات التفاعل الاجتماعي في مرحلة مبكرة.
د. ضعف التناسق في حركات الجذع أو المشي.
هـ عجز شديد في تطور اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية وعجز شديد في النمو النفسي الحركي.

اضطراب الطفولة التفككي

اضطراب الطفولة التفككي (Childhood Disintegrative Disorder) اضطراب نادر جداً يتطور فيه الأطفال وينمون كغيرهم من الأطفال إلى أن يبلغوا الخامسة أو السادسة من أعمارهم حيث يبدأ نموهم بالتدهور والنكوص. ويقصد بذلك أن الأطفال يفقدون المهارات الاجتماعية والتواصلية التي كانت قد ظهرت لديهم في

Scanned by CamScanner

طفولتهم وتصبح خصائصهم مشابهة لخصائص الأطفال التوحديين. ويبين الجدول (4-11) معايير تشخيص اضطراب الطفولة التفككي كما وردت في الطبعة الرابعة من دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2000).



كان النمساوي ثيودور هيلر (Theodore Heller) أول من وصف اضطراب الطفولة التفككي. ولذلك من الأسماء الأخرى التي يعرف بها هذا الاضطراب متلازمة هيلر (Heller's Syndrome).

الجدول (4-11)

معايير تشخيص اضطراب الطفولة التفككي كما وردت في الطبعة الرابعة من دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي

1. نمو طبيعي لمدة عامين على الأقل بعد الميلاد
2. فقدان ملحوظ للمهارات التي تمَّ تعلّمها سابقاً في مجالين على الأقل من المجالات التالية وذلك قبل أن يبلغ الطفل العاشرة من عمره:
   - الاستقبال أو التعبير اللغوي
   - المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي
   - السيطرة على المثانة أو الأمعاء
   - اللعب

Scanned by CamScanner

- المهارات الحركية

3. اضطرابات في مجالين على الأقل من المجالات التالية:
   - ضعف نوعي في التفاعلات الاجتماعية
   - ضعف نوعي في مهارات التواصل
   - السلوك النمطي والاهتمامات المحدودة
4. عدم امكانية تفسير الاضطراب كأحد اضطرابات النمو الشاملة الأخرى

اضطراب النمو الشامل غير المحدد

عندما لا يكون لدى الطفل مشكلات ملحوظة في مجالات النمو الثلاثة التي تظهر لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب الطيف التوحدي (وهذه المشكلات هي ضعف التفاعل الاجتماعي، وضعف مهارات التواصل، والاهتمامات المحدودة والسلوكيات النمطية) يتم تشخيص حالة الطفل على أنها حالة اضطراب نمائي شامل غير محدد (Not Otherwise Specified–Pervasive Developmental) Disorder. فهذا الاضطراب يتشابه في أعراضه مع التوحد، ومتلازمة أسبرجر، ومتلازمة رت، واضطراب الطفولة التفككي ولكنه يشكل فئة تشخيصية مختلفة عنهم.

يشير اضطراب النمو الشامل غير المحدد إلى فئة من فئات اضطرابات الطيف التوحدي المختلفة عن الفئات الأربع الأخرى المعروفة.

Scanned by CamScanner

اضطرابات أخرى تشترك مع اضطرابات طيف التوحد ببعض الخصائص العامة

متلازمة كروموسوم X الهش: اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي (X). معظم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط إلى متوسط. غالباً ما تظهر استجابات حركية تكرارية، وحساسية مفرطة للصوت، واضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي، واضطرابات معرفية.

متلازمة لاندو-كليفنر: في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث سنوات من العمر، ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك. غالباً ما يشخص الطفل خطأ بأنه أصم.

متلازمة موبياس: تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي بما فيها شلل عضلات الوجه مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية ومشكلات سلوكية كتلك التي تنتج عن التوحد.

متلازمة سوتوس: تسبب سرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتعبيرات وجهية شاذة. ومن الأعراض المشابهة للتوحد: الرأس، قصور المهارات الاجتماعية، الكلام التكراري، والدوران في نفس المكان.

متلازمة توريتي: تتصف بحركات لاإرادية في رموش العين، وتلمظ الشفاه وهز الكتفين بطريقة شاذة.

متلازمة وليامز: اضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل التأخر اللغوي والحركي والحساسية المفرطة للصوت، وهز الجسم، والتعلق بالأشياء بطريقة غير طبيعية.

خصائص التوحد

تتباين خصائص التوحد وتختلف بشكل ملحوظ. ويتميز التوحد بجملة من الأعراض وليس بعرض واحد. وتشمل تلك الأعراض: عجز مهارات التفاعل الاجتماعي، وعجز مهارات التواصل، والسلوك النمطي والاهتمامات المحدودة.

Scanned by CamScanner

التطور الاجتماعي

يعدّ العجز في النمو الاجتماعي من أهم الخصائص التي تميز التوحد عن غيره من الاضطرابات. وتظهر أعراض اضطراب النمو الاجتماعي في التوحد في مرحلة مبكرة من الطفولة. فالأطفال الذين لديهم توحد يبدون اهتماماً أقل بالاستثارة الاجتماعية، وقليلاً ما يبتسمون أو ينظرون إلى وجوه الآخرين، ولا يستجيبون عندما ينادي عليه الآخرون. كذلك فهم لا يستخدمون الحركات البسيطة للتعبير عن حاجاتهم، ولا يتواصلون بصرياً مع الأشخاص الآخرين، ولا يبادرون للاقتراب منهم أو التفاعل معهم، ولا يستجيبون للعواطف حيث يبدون وكأنهم لا يفهمون مشاعر الآخرين ولا يتعاطفون معهم. وكثير منهم ينزعج من لمس الآخرين لهم ولا يحبون العناق. وهم لا يقلدون الآخرين، ويواجهون صعوبات كبيرة في بناء علاقات صداقة. ولكنهم يظهرون ارتباطاً بأولياء أمورهم وغيرهم من مقدمي الرعاية لهم (Rutgers, Bakermans-Kranenburg, van Zendoorn, van Berckelaer-Onnes, 2004; Sigman, Dijamco, Gratier, Rozga, 2004).

يفتقر الأطفال الذين لديهم توحد إلى مهارات التحدث واللعب مع الأطفال الآخرين

Scanned by CamScanner

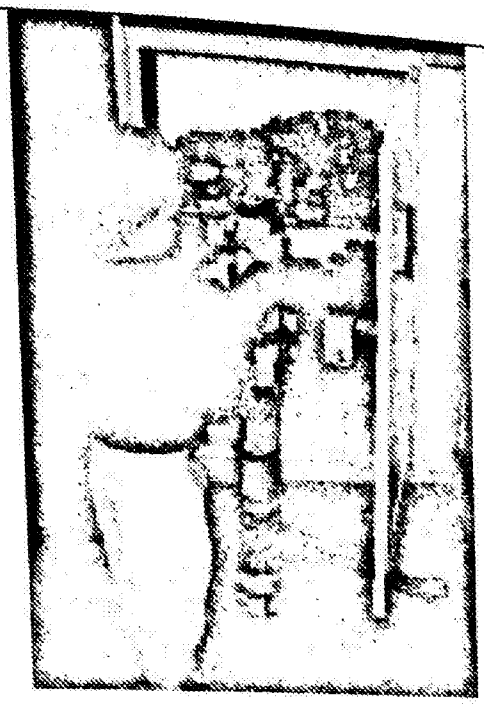
التواصل

يفتقر نصف الأطفال الذين لديهم توحد تقريباً إلى المهارات الكلامية اللازمة للتواصل اليومي مع الآخرين. وكلما كان التوحد أكثر شدة كان أثره على المهارات الكلامية أكبر. وقد تظهر الاختلافات في مهارات التواصل لدى هؤلاء الأطفال في السنة الأولى من العمر على شكل تأخر في المناغاة، وإيماءات غير تقليدية، وضعف الاستجابة. وفي السنتين الثانية والثالثة من العمر تكون ذخيرتهم اللفظية محدودة جداً ومفتقرة إلى التنوع، وإذا تكلموا فهم يعكسون الضمائر. ويميل هؤلاء الأطفال إلى ترديد ما يسمعونه، وذلك ما يسمى الترديد أو المصاداة (Echolalia). ونادراً ما يطلب هؤلاء الأطفال شيئاً من الأخرين أو يشاركونهم خبراتهم (Tager-Flusberg & Caronna, 2007).

السلوك النمطي

السلوك النمطي (Stereotypic Behavior) أو السلوك التكراري هو أحد مظاهر السلوك الشائعة لدى الأطفال الذين لديهم توحد مما جعل كثيرين يطلقون عليه اسم السلوك التوحدي. فالروتين هو أهم ما يميز الأطفال الذين لديهم توحد. فهم يرتاحون للرتابة وللنشاطات القابلة للتنبؤ وينزعجون من التغيير والمفاجآت. فهم يميلون إلى مقاومة التغييرات في بيئهم ويتشبثون بنمط معين من النشاطات وبقواعد ثابتة في السلوك. ويأخذ السلوك النمطي أشكالاً متنوعة منها: الحركة المتكررة (Repetitive Movement) مثل هز الجسم أو الرفرفة باليدين، والسلوك القهري (Compulsive Behavior) مثل صف الأشياء أو وضعها فوق بعضها البعض، والسلوك الطقوسي (Ritualistic Behavior) مثل اتباع نظام ثابت في عمل الأشياء كعدم تغيير طريقة تناول الطعام أو ارتداء الملابس، والسلوك المحدود (Restricted behavior) مثل مشاهدة برنامج تلفزيوني واحد أو اللعب بلعبة واحدة (Lam & Aman, 2007).

Scanned by CamScanner



السلوك الطقوسي سلوك شائع لدى الأطفال الذين لديهم توحد

إضافة إلى ما سبق، قد يظهر بعض الأطفال الذين لديهم توحد ما يعرف بسلوك إيذاء الذات (Self-injury) مثل عض اليدين أو صفع الرأس. كذلك يرافق التوحد اضطرابات حسية في نسبة كبيرة جداً من الحالات. وقد تكون هذه الاضطرابات على شكل افراط في الاستجابة (Over-responsivity) كالانزعاج المفرط من الأصوات وخاصة العالية والمفاجئة. كذلك فهم قد يستجيبون بطريقة مفرطة للروائح وبعض أنواع الإضاءة. ويرى كثيرون أن استجابة الطفل الذي لديه توحد بهذه الطريقة تنتج عن عنصر المفاجأة وليس عن الصوت أو الرائحة أو الإضاءة. فقد تبين أن هؤلاء الأطفال يستجيبون بطريقة اعتيادية إذا تم تحضيرهم للتغيرات المقبلة. وقد يكون لدى الأطفال الذين لديهم توحد انخفاض في الاستجابة (Under-responsivity). وقد يسعى هؤلاء الأطفال للحصول على استثارة حسية من خلال القيام بحركات نمطية متكررة وقد يظهرون ضعفاً في التوتر العضلي وفي التناسق الحركي وقد يمشي بعضهم على رؤوس أصابعه (Geschwind, 2009).

Scanned by CamScanner

كما وتظهر نسبة كبيرة من الأطفال الذين لديهم توحد انتقائية مفرطة في تناول الطعام. ومن جهة أخرى يرفض بعض هؤلاء الأطفال الطعام أو يتناولون أطعمة محددة فقط وقد ينجم عن ذلك مشكلات في الجهاز الهضمي (Erickson, Stigler, Corkins, Posey, Fitzgerald, McDougle, 2005). وأخيراً قد يرافق التوحد مجموعة من الاضطرابات والمشكلات منها: الاضطرابات الجينية، والإعاقة العقلية، والقلق، والصرع، واضطرابات النوم، والاضطرابات الأيضية (Levy, Mandell, & Schultz, 2009).

كثير من الأطفال الذين لديهم توحد لا يأكلون إلا أطعمة معينة وذلك قد يكون له تأثيرات سلبية على صحتهم

معدلات انتشار التوحد

منذ بداية تسعينيات القرن الماضي، أفادت تقارير ودراسات متتالية إلى زيادة مستمرة بمعدلات انتشار التوحد واضطرابات الطيف التوحد الأخرى في دول العالم المختلفة. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، كانت نسبة انتشار اضطرابات الطيف التوحدي في عام 2000 تقدّر ب 1 من كل 150 طفل وأصبحت 1 من كل 125 طفل عام 2004 و 1 من كل 100 طفل (1٪) عام 2006 (Centers for Disease Control & Prevention, 2006). وأشارت دراسات مسحية عديدة في

Scanned by CamScanner

أوروبا وآسيا إلى معدلات حدوث قريبة من تلك التي توصلت إليها الدراسات في أمريكا. لكن بعض الدول أشارت إلى معدلات انتشار أعلى (Boyle, Boulet, Schieve, et al, 2011).

أسباب التوحد

اقترحت في العقود الماضية أسباب متعددة للتوحد، لكن الأسباب الحقيقية لهذا الاضطراب تبقى غير مفهومة تماماً. فذات يوم، ساد اعتقاد بأن التوحد ينجم عن عوامل وراثية في الغالبية العظمى من الحالات. أما العوامل البيئية فلم يكن ينظر إليها على أنها ذات تأثير كبير. وقد تغيرت القناعات في الوقت الراهن على ضوء نتائج الدراسات العلمية. فالتوحد ينتج عن اضطراب عصبي لكن أسباب هذا الاضطراب ما زالت غير مفهومة في معظم الحالات. فالوراثة كما تشير الدراسات تلعب دوراً مهماً في التوحد وقد تكون أحد أهم أسبابه إلا أن الاستنتاجات بشأن دور الوراثة انطوت على مبالغات شديدة. كما أن التفاصيل المتعلقة بآلية توريث التوحد ليست مفهومة جيداً ويبدو أن جينات متعددة تلعب دوراً. ويعتقد أن الاستعدادات الوراثية تتفاعل مع بعض العوامل البيئية ليظهر التوحد. فثمة من يرى أن التوحد ينتج عن نفس عوامل الخطر التي تسبب الاضطرابات الولادية الأخرى (مثل تقدم سن الأم عند الانجاب وإصابة الأم ببعض الأمراض المزمنة أو تناولها لبعض العقاقير الطبية أو تعرضها لالتهابات فيروسية كالحصبة الألمانية مثلاً) وعوامل الخطر بعد الولادة مثل الاضطرابات الغذائية، وردود الفعل التحسسية، والالتهابات، وغير ذلك (Trottier, Srivastava, & Walker, 1999).

الكشف والتشخيص

إذا أحس أولياء الأمور أو أشخاص غيرهم ممن يعرفون الطفل جيداً أن هذا الطفل يظهر سلوكيات غير مألوفة أو نموه غير طبيعي، فمن الحكمة الطلب من متخصص أن يرى الطفل للكشف عن حالته. ويفضل أن يكون هذا الشخص

Scanned by CamScanner

متخصصاً وذا خبرة في اضطرابات طيف التوحد. قد يكون هذا المتخصص طبيباً (طبيب أطفال أو طبيب أعصاب أطفال) أو متخصصاً نفسياً. وليس المهم الشهادة التي يحملها هذا الشخص لكن المهم أن يكون لديه خبرة ومعرفة بالتوحد. ويشتمل الكشف عن التوحد وتشخيصه على تنفيذ جملة من الإجراءات مثل المقابلات، والملاحظة، وتطبيق أدوات تقييم مختلفة. ونظراً لأن التوحد اضطراب يأخذ أشكالاً متنوعة فقد لا تكون عملية تشخيص التوحد عملية سهلة ومباشرة.

ومن الأدوات المستخدمة في الكشف عن التوحد وتشخيصه:

1. مقياس تقدير التوحد الطفولي Childhood Autism Rating Scale (CARS)
2. قائمة تقدير السلوك التوحدي Autistic Behavior Checklist (ABC)
3. مقياس جيليام للتوحد Gilliam Autism Rating Scales (GARS)
4. أداة تقدير السلوك للأطفال التوحديين وغير الأسوياء Behavior Rating Instrument for Autistic & Atypical Children
5. جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد Autism Diagnostic Observation Schedule
6. المقابلة التشخيصية للتوحد The Autism Diagnostic Interview-Revised

أسس التعليم والعلاج

ليس هناك علاج شاف للتوحد. فعلاج التوحد يهدف إلى التخفيف من شدة أوجه الضعف الموجودة لدى الطفل والبرامج التعليمية التي يتم تقديمها له تسعى لتحسين نوعية حياته ومساعدته على اكتساب المهارات الاستقلالية الوظيفية. وليس هناك طريقة واحدة لعلاج التوحد أو لتعليم الأطفال الذين لديهم توحد. فالعلاج يجب أن يراعي الاحتياجات الفردية الخاصة للطفل وأسرته. لكننا نستطيع القول أن العلاج الأكثر فاعلية للتوحد هو العلاج المكثف والمتواصل الذي يقدّم للطفل في وقت مبكر (Myers & Johnson, 2007).

Scanned by CamScanner

ومن الأساليب العلاجية أساليب التحليل السلوكي التطبيقي، والتعليم المنظم، والعلاج النطقي واللغوي، والعلاج الوظيفي، وبرامج تدريب المهارات الاجتماعية، وأساليب أخرى. ويستند التحليل السلوكي التطبيقي (Applied Behavior Analysis) أو تعديل السلوك التطبيقي إلى مبادئ النظرية السلوكية ومفاهيمها وأساليبها. وبذلك فهو يركز على العلاقات القابلة للملاحظة بين السلوك والبيئة ولا يولي اهتماماً كبيراً للعمليات النفسية الداخلية المفترضة. ومن الأساليب الرئيسة المستخدمة في التحليل السلوكي التطبيقي التحليل الوظيفي للسلوك، والدعم السلوكي الإيجابي، والتعزيز، والإطفاء، وأساليب متنوعة لخفض السلوك غير المناسب. وتعدّ الأساليب التي استخدمها الدكتور ايفار لوفاس من جامعة كاليفورنا في لوس أنجلوس من أشهر أساليب التحليل السلوكي التطبيقي في مجال التوحد.

أما التعليم المنظم والمعروف باسم برنامج تيتش (Teacch) وهو اختصار للبرنامج الشهير المسمى علاج وتربية الأطفال الذين لديهم توحد واضطرابات تواصلية ذات العلاقة (Treatment & education of autistic & communication handicapped children). وقد قام بتطوير هذا البرنامج الدكتورين اريك شوبلر وروبرت ريشلر من جامعة كارولاينا الشمالية في منتصف الستينات من القرن الماضي. ويقوم برنامج تيتش على افتراض مفاده أن التوحد حالة غير قابلة للشفاء ولذلك يجب التركيز على مساعدة الأطفال وأسرهم على التعايش مع هذه الحالة. وينصب الاهتمام في هذا البرنامج على استخدام التقييم لتطوير برنامج تدريبي يتمحور حول أوجه القوة لدى الطفل، واهتماماته، واحتياجاته. واستناداً إلى الافتراض القائل بأن الأطفال الذين لديهم توحد متعلمون بصرياً، يركز برنامج تيتش على الجداول البصرية والتنظيم البيئي. كما ويستخدم في هذا البرنامج وسائل التواصل البديلة والمساندة في بيئات داعمة.

وقد يستخدم في علاج التوحد عقاقير طبية متنوعة. ويتمثل الهدف من إعطاء هذه الأنواع من العقاقير في تخفيف الأعراض المرافقة للتوحد وليس علاج التوحد

Scanned by CamScanner

نفسه. وغالبا ما يصف أطباء الأطفال عقاقير طبية مختلفة لتخفيف بعض الأعراض المرافقة أو لمعالجة المشكلات المصاحبة للتوحد مثل إيذاء الذات، والسلوك العدواني، والنشاط الزائد، والاكتئاب، وغير ذلك. ومن تلك العقاقير: العقاقير المنشطة نفسياً (لخفض الحركة المفرطة و معالجة مشكلات التشتت وعدم القدرة على التركيز ومن الأمثلة عليها الرتالين، والدكسدرين)، والعقاقير المضادة للذهان التي تعرف بالعقاقير المهدئة الرئيسية (لخفض السلوك النمطي والعدواني وإيذاء الذات والتهيج ومن الأمثلة عليها: ميلاريل، وهالدول، وثورزاين)، والعقاقير المضادة للتشنجات (الاختلاجات) والتي تعطى في حال حدوث نوبات صرعية لدى الطفل ومنها: تجرتول وديلانتين، والعقاقير المضادة للاكتئاب وتشمل: ليثيوم، وديباكوت، وبروزاك، والعقاقير المضادة للقلق وتشمل: فاليوم، وليبريوم، وتوفرانيل، وإيلافيل.

وثمة علاجات بديلة لا تتوفر أدلة علمية قوية على فاعليتها. ومن تلك العلاجات الحمية الغذائية. والافتراض الذي يستند إليه في معالجة التوحد بالحمية الغذائية هو أن بعض أعراض التوحد قد تنتج عن ردود فعل تحسسية لبعض انواع الطعام أو عن نقص بعض الفيتامينات أو الأملاح المعدنية في جسم الطفل. من الحميات الغذائية التي يعتقد أنها مفيدة للأطفال التوحديين الطعام الخالي من الجلوتين وهي مادة توجد في الدقيق وتخلو من الكازين (البروتين الأساسي الموجود في الحليب). ومؤخراً، شاع استخدام السكرتين (هرمون يستحث الإفرازات في الجهاز الهضمي) إلا أنه لا تتوفر أدلة علمية مقنعة على فاعلية هذا العلاج (Heflin, & Alaimo, 2007).

واعتقاداً منهم بأن المواد الاصطناعية المضافة للطعام، والمواد الكيماوية، والعطور، والرصاص، والألمنيوم، ينصح كثير من الأطباء بضرورة تجنيب الطفل التوحدي التعرض إليها. ولعل أفضل نصيحة يمكن تقديمها في هذا السياق هي الحد إلى أقصى درجة ممكنة من المواد الغذائية غير الطبيعية.

ومنذ مطلع عقد الستينات من القرن الماضي، أشارت عدة تقارير إلى نجاح الفيتامينات في تحسين أداء الأطفال التوحديين. ويقدّم العلاج بالفيتامينات بوصفه

Scanned by CamScanner

أسلوباً يحسّن السلوك ويجعل عملية التمثيل الغذائي في جسم الطفل طبيعية. وقد وجدت الدراسات أن فيتامين ب- 6 يجعل الموجات الدماغية طبيعية ويسيطر على النشاط الزائد ويحسّن السلوك العام. كذلك فهو على ما يعتقد يخفض تأثيرات ردود الفعل التحسسية وذلك من خلال تقوية جهاز المناعة. كذلك فإن لفيتامين ب- 6 والمغنيسيوم فوائد أخرى منها: تحسين الكلام، وتحسين أنماط النوم، وتخفيف القابلية للتهيج، وتحسين مستوى الانتباه، وزيادة مستوى الدفاعية للتعلّم، وتخفيف مستوى إيذاء الذات والإثارة الذاتية، وتحسين المستوى الصحي العام. والتحسن في سلوك الطفل قد يظهر أحياناً أثناء أيام قليلة، إلا أن الفيتامينات غالباً ما تحتاج إلى (60-90) يوماً لتبدأ تأثيراتها بالظهور. هذا وينبغي على الأسرة إتباع تعليمات الطبيب المعالج فيما يتعلق بالجرعة ومواعيد تناول الطفل للفيتامينات. (Simpson & Myles, 2008)

الجدول (5-11)

قائمة بأسماء بعض المؤسسات والمنظمات التي تعنى بالتوحد

1. الرابطة الأمريكية للتوحد ومتلازمة أسبرجر
US Autism and Asperger's Association (USAAA)
2. المركز الأمريكي لعلاج التوحد
Autism Treatment Center of America
3. مركز التوحد والاضطرابات ذات الصلة
Center for Autism and Related Disorders (CARD)
4. الرابطة الوطنية للتوحد
National Autism Association
5. الجمعية الأمريكية للتوحد
Autism Society of America
6. معهد أبحاث التوحد
Autism Research Institute (ARI)
7. الجمعية الأسترالية للطيف التوحدي
Autism Spectrum Australia
www.autismmnsw.com.au

Scanned by CamScanner

8. الرابطة الكندية للتوحد
Autism Society Canada

9. رابطة بكين لتأهيل الأطفال توحديين
Beijing Association for Rehabilitation of Autistic Children

10. الرابطة الايرلندية للتوحد
Irish Society for Autism

11. المؤسسة الايطالية للتوحد
Autismo Italia
www.autismmoitalia.com

12. الجمعية اليابانية للتوحد
Autism Society of Autism
asj@mub.biglobe.ne.jp

13. مركز الكويت للتوحد
Kuwait Center for Autism
www.q8autism.com

14. الجمعية اللبنانية للتوحد
Lebanese Autism Society
www.autismlebanon.org

15. رابطة نيوزلاندا للتوحد
Autistic Association of New Zealand

16. الجمعية الفليبينية للتوحد
Autism Society Philippines
www.autismsocietyphilippines.blogspot.com

17. الجمعية السعودية للتوحد
Saudi Autistic Society

18. مركز دبي للتوحد
Dubai Autism Center
omessa@hotmail.com

19. الجمعية الوطنية البريطانية للتوحد
The National Autistic Society
www.nas.org.u

Scanned by CamScanner

المراجع

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Attwood, T. (2006). *The complete guide to Asperger's syndrome*. Jessica Kingsley Publications.

Boyle, C, Boulet, S, Schieve, L, et al (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in U.S. children, 1997–2008. *Pediatrics*, *127*:1034–42.

Centers for Disease Control & Prevention (2006). *Prevalence of autism spectrum disorders*—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. MMWR 2009;58 (No. SS-10).

Erickson, C, Stigler, K, Corkins, M, Posey, D, Fitzgerald, J, & McDougle C. (2005). Gastrointestinal factors in autistic disorder: A critical review. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 35(6):713–27.

Exkorn, K. (2006). *The autism sourcebook: Everything you need to know about diagnosis, treatment, and healing*. William Morrow Paperbacks.

Geschwind D. (2009). Advances in autism. *Annual Review of Medicine*, 60:367–80.

Heflin, J., & Alaimo, D. (2007). *Students with autism spectrum disorders: Effective instructional practices*. Pearson/Prentice-Hall.

Lam, K., & Aman, M. (2007). The repetitive behavior scale-revised: Independent validation in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5):855–66.

Levy, S, Mandell, D, & Schultz, R. (2009). Autism. *Lancet*, 374:1627–1638.

Scanned by CamScanner

Myers, S. & Johnson, C. (2007). Council on Children with Disabilities. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5):1162–1182.

Rutger,s A, Bakermans-Kranenburg, M, van Zendoorn, M, & van Berckelaer-Onnes, I. (2004). Autism and attachment: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45(6):1123–1134.

Scilie-Kira, C., & Grandin, T. (2004). *Autism spectrum disorders: The complete guide to understanding autism, Asperger's syndrome, pervasive developmental disorder, and other ASDs*. Perigee Trade.

Sigman, M, Dijamco A, Gratier M, & Rozga A. (2004). Early detection of core deficits in autism. *Mental Retardation & Developmental Disability Research Review*, 10(4):221–33.

Simpson, R. & Myles, B. (2008). *Educating children and youth with autism: Strategies for effective practice* (Second Edition). Pro-Ed. Austin: Texas.

Smith, D. (2005). *Introduction to special education: Teaching in an age of opportunity (5th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.

Tager-Flusberg, H, & Caronna, E. (2007). Language disorders: Autism and other pervasive developmental disorders. *Pediatric Clinics of North America*, 54(3):469–81.

Trottier, G, Srivastava, L, & Walker, C. (1999). Etiology of infantile autism: A review of recent advances in genetic and neurobiological research. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 24(2):103–115.

Scanned by CamScanner

الفصل الثاني عشر

الموهبة والتفوّق

Scanned by CamScanner

مقدمة

جلب التقدم في التربية وعلم النفس في مطلع القرن العشرين معه مصداقية علمية لمجال تعليم الموهوبين والمتفوقين. وانبثقت الدراسات المبكرة للموهبة في عشرينيات وثلاثينيات القرن الماضي عن البحوث العلمية حول موروثية الذكاء، وبناء أدوات لقياس قدرات كل من المتميزين وضعيفي الأداء، وإدراك أن المدارس بصفوفها المتدرجة لا يمكن أن تلبي على نحو كاف احتياجات جميع الأطفال. وواصل مجال تعليم الموهوبين والمتفوقين تطوره بشكل رئيسي استجابة للاحتياجات المتغيرة لدول العالم، وساهمت نتائج الدراسات العلمية في تسليط الأضواء محنة أطفال المدارس الموهوبين إذا لم يتم تطوير برامج مناسبة لتلبية احتياجاتهم الخاصة.

وفي الربع الأخير من القرن عشرين، انطلقت في أمريكا وأوروبا ودول أخرى وبتمويل ضخم أبحاث مستفيضة حول البرمجة التربوية للموهوبين. وبينت التقارير الرسمية في تلك الدول الفرص الضائعة الناتجة عن عدم التعرف على الطلبة الموهوبين وخدمتهم. فالتسريع، على سبيل المال، لا يطبق إلا على نطاق محدود رغم الدعم الهائل الذي قدمته البحوث العلمية له. وفي المقابل، وجهت الدعوات لمزيد من البحوث والبرمجة في مجال تعليم الموهوبين وأصدرت عدة دول معايير وطنية لتعليم الأطفال الموهوبين. وينظر إلى الألفية الثالثة على أنها تمثل حقبة جديدة تتوفر فيها إمكانيات لا حدود لها لتطوير تعليم الأطفال الموهوبين.

إن الأطفال الموهوبين لديهم قدرات متميزة تجعلهم مختلفين عن الأطفال الآخرين. فهم ذوو احتياجات خاصة وحاجتهم إلى التربية الخاصة لا تقل عن حاجة ذوي الحاجات الخاصة الأخرى. وقد دأبت المراجع المتخصصة على التفريق بين الموهبة والتفوق والإبداع. فالموهبة (Talent) هي مهارات متميزة في مجالات محددة وخاصة المجالات الفنية. والتفوق (Giftedness) هو قدرات عقلية متميزة (قدرة فوق عادية على حل المشكلات). وللتفوق سمات من أهمها: (أ) ذكاء أعلى من المتوسط بشكل ملحوظ، (ب) مستوى عالٍ من الإبداع، ومستوى عالٍ من الالتزام بتأدية

Scanned by CamScanner

الجهات (المواظبة والمثابرة). وقد يكون التفوق أكاديمياً، أو إبداعياً، أو فنياً/اجتماعياً، أو فنياً/ حركياً. وفي هذا الفصل يستخدم مصطلحا الموهبة والتفوق بشكل تبادلي ترادفي. أما الإبـــداع (Creativity) فهو استجابة جديدة وغير مألوفة لموقف ما أو لحل مشكلة ما ويتمثل في الطلاقة، والمرونة، والأصالة. وتدفعنا الدراسات إلى الاعتقاد بأن حوالى (2 – 3٪) من مجموع السكان في أي مجتمع لديهم القابلية لأن يكونوا موهوبين ومتفوقين.

تعريف الموهبة

ليس هناك تعرف عالمي متفق عليه للموهبة (Giftedness)، ويختلف التربويون في الدولة الواحدة على تعريف الموهبة حتى لو استخدموا نفس اختبار الذكاء لتعريف الموهبة. فبعضهم سيقول إنهم أعلى 1٪ وبعضهم الآخر سيقول أعلى 5٪ أو غير ذلك. فمن وجهة نظر جونسين (Johnsen, 2003) فإن مصطلح "الموهوبين والمتفوقين" يشمل الأطفال والشباب الذين يظهرون دليلاً على قدرة عالية الأداء في مجالات مثل القدرات الفكرية، والإبداعية، والفنية، أو القيادة، أو في مجالات أكاديمية محددة، والذين يحتاجون إلى خدمات أو أنشطة لا تقدم عادة من قبل المدرسة من أجل تطوير مثل هذه القدرات.

والتعريف الذي تتداوله معظم الجهات والمراجع المتخصصة منذ عدة سنوات هو ذاك الذي يقول أن الطلبة الموهوبين والمتفوقين "هم أطفال أو شباب يظهرون أو لديهم الإمكانية لأداء على مستوى من الإنجاز عال بشكل ملحوظ بالمقارنة مع الآخرين من نفس العمر، والخبرة، أو البيئة، والذين

- يظهرون قدرة عالية في مجال عقلي، أو إبداعي، أو فني
- يمتلك قدرة غير عادية على القيادة
- أو يبرعون في مجال أكاديمي معين.

Scanned by CamScanner

الموهبة والذكاء والتفوق مصطلحات ليس لها تعريفات دقيقة وقد تبدو مختلفة في الثقافات الاجتماعية المختلفة

وفي عام 2011، أعادت الرابطة الوطنية الأمريكية للأطفال الموهوبين (National Association for Gifted Children, 2011) تعريف الموهبة على النحو التالي:

"الأفراد الموهوبون هم الأفراد الذين يظهرون مستويات متميزة من القابلية (القدرة الاستثنائية على التعلّم والتفكير) أو الكفاءة (أداء أو إنجاز ضمن أعلى 10٪ في المجتمع) في واحد أو أكثر من المجالات. وتشمل المجالات أي منطقة نشاط منظم لها نظام رموز خاص (على سبيل المثال: الرياضيات، والموسيقى، واللغة) أو مجموعة من المهارات الحسية الحركية (على سبيل المثال: الرسم بالألوان، والرقص، والرياضة)".

وهكذا فإن الخصائص الرئيسة لهذه التعريفات هي تنوع المجالات التي يمكن أن يتجلى فيها الأداء المتميز، ومقارنة الطالب بمجموعات أخرى، واستخدام المفردات التي تبرز الحاجة لتنمية الموهبة وتطويرها.

الموهبة في مراحل العمر

تؤكد الرابطة الوطنية الأمريكية لتعليم الموهوبين (National Association for Gifted Children, 2011 أن تطور الموهبة هو عملية مستمرة مدى الحياة. فالموهبة

Scanned by CamScanner

قد تظهر لدى الأطفال اليافعين على هيئة أداء متميز على الاختبارات أو على مقاييس أخرى، مقارنة بالآخرين من نفس العمر، أو على هيئة انجاز حقيقي في مجال معين. ومع تقدم عمر هؤلاء الأطفال وانتقالهم من الطفولة إلى المراهقة فإن التحصيل والمستويات العالية من الدافعية في ذلك المجال تصبح الخاصية الأساسية لموهبتهم.

والطلبة ذوو القدرات الاستثنائية هم أطفال يتقدمون في تعلمهم بسرعة ملحوظة مقارنة بالأطفال الآخرين من نفس العمر، مما يترتب عليه تحصيل من درجات عالية. ويوجد مثل هؤلاء الأطفال في كافة شرائح المجتمع. ويحتاج هؤلاء الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة إلى خبرات تربوية خاصة تراعي تلك المجالات التي يبدون فيها القدرة على الأداء المتميز. ومثل هذه الخبرات تشمل تكييف مستوى، وعمق، وسرعة المنهاج والبرامج خارج المدرسة بغية الاستجابة لمستوياتهم التحصيلية ومعدلات تعلّمهم الحالية. كما أن الاختلافات الجوهرية الموجودة بين الأطفال الموهوبين قد تتطلب أحياناً تداخلات إضافية وغير اعتيادية. وتشمل الخدمات الداعمة جهوداً أكثر كثافة وشمولية على مستوى التقييم، والإرشاد، وتثقيف الوالدين، والبرامج الخاصة بما فيها تلك الموجهة نحو الطلبة الأكبر سناً.

وثمة عوائق قد تحول دون إظهار بعض الأفراد الموهوبين ذوي القدرات الخاصة مستويات إنجاز استثنائية. ومن تلك العوائق: الظروف البيئية مثل: فرص التعلم المحدودة نتيجة الفقر، أو التمييز، أو القيود الثقافية، وصعوبات التعلم أو الإعاقات الجسمية، أو بسبب مشكلات في الدافعية أو مشكلات انفعالية. ولذلك يتطلب التعرف إلى هؤلاء الأطفال التركيز على القابليات وليس على التحصيل الفعلي. ويحتاج مثل هؤلاء الطلبة إلى برامج تتحدى قدراتهم وإلى دعم إضافي لكي يتسنى لهم تطوير قدراتهم وتحقيق أفضل مستويات الأداء.

وفي مرحلة الرشد، يستفيد الأفراد الموهوبون عند انتقالهم إلى التعليم العالي وللتدريب المتخصص وصولاً إلى الاستقلالية من التوجيه والدعم الهادفين. فاستمرار الأداء المتميز في سنوات الرشد لا يتطلب المهارات والمعارف المتطورة فقط وإنما

Scanned by CamScanner

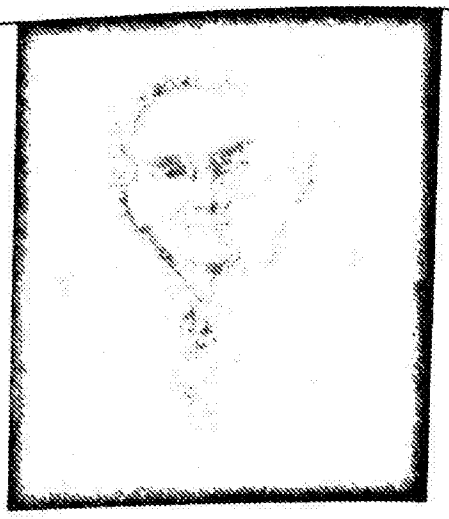
يتطلب مستويات مرتفعة من الدافعية، والمواظبة، وحل المشكلات الإبداعي. والراشدون الموهوبون هم أكثر الناس قابلية للإسهام في تقدم المجتمع وأهدافه العلمية، والإنسانية، والاجتماعية.

نبذة تاريخية

إن تربية الموهوبين ليست ممارسة حديثة في المجتمعات المعاصرة بل إن تاريخها يعود إلى آلاف السنين. فالصينيون القدماء قدّموا تعليماً متخصصاً للموهوبين. وشجّع الفيلسوف الإغريقي بلاتو (Plato) توفير تعليم متخصص للمتميزين والمتميزات. وفي عصر النهضة تم تقديم الدعم للموهوبين.

واهتم فرانسيس جالتون (Galton) في القرن التاسع عشر بالذكاء وقياسه فكان من أوائل العلماء الغربيين الذين اهتموا بدراسة أثر الوراثة على الذكاء. وقام الفرنسي ألفرد بينيه (Binet) بتطوير أول اختبار للذكاء. وأسهم الأمريكي لويس تيرمان (Terman) في تطوير اختبار بينيه وتطوير مفاهيم القياس النفسي وقام بإجراء دراسات معمقة وطويلة المدى للذكاء واستمرت تلك الدراسات بعد وفاته. وكانت زميلة تيرمان ليتا هولينغوارث (Hollingworth) أول أمريكية تناقش أفضل الطرق لتقديم البرامج والخدمات للطلبة الموهوبين. وكانت الحرب الباردة أحد الأسباب المباشرة لاهتمام الولايات المتحدة الأمريكية بتطوير تعليم الرياضيات والعلوم والتكنولوجيا وبالمبادرة إلى تنفيذ برامج ريادية لتعليم الطلبة الموهوبين. وبعد ذلك تزايد الاهتمام بالدراسات والمجلات العلمية والمؤتمرات والمنظمات والقوانين المتعلقة بالموهبة والتفوق في الدول الغربية وفي العالم كله.

Scanned by CamScanner



لويس تيرمان (1877-1956)

التعرف على الأطفال الموهوبين

تحدث معظم حالات الكشف عن الأطفال الموهوبين في المدرسة ويكون الغرض منها اختيار الأطفال للمشاركة في البرنامج المدرسي للموهوبين. ولا توجد معايير محددة يتفق عليها للكشف المبكر عن الأطفال الموهوبين. فكل مديرية من مديريات التربية تقرر بناء على تعريفها للموهوبة وعلى نوع الخدمات التي تنوي تقديمها.

وتالياً بعض القضايا العامة التي تتوقع الجمعية الوطنية الأمريكية للموهوبين والمتفوقين (National Society for the Gifted and Talented, 2012) من أولياء الأمور مناقشتها عند العمل مع مدارس أطفالهم:

- القدرة مقابل الإنجاز
- الاختبارات مقابل الدرجات
- الاختبارات المقننة

1. القدرة

- معامل الذكاء
- التفكير الإبداعي والتفكير الناقد

2. الإنجاز

3. التوصيات

Scanned by CamScanner

- المعلم
- الآباء
- الطفل نفسه
- الأقران

ويحتاج الآباء أن يكونوا على بيّنة من المعايير والقوائم السلوكية التي تستخدمها المدرسة في تقييم الأطفال لتحديد المرشحين منهم للمشاركة في برنامج الموهوبين. كذلك قد تستخدم المدارس أساليب أخرى للتقييم التربوي/النفسي للأطفال منها:

- اختبارات الذكاء
- الاختبارات التحصيلية
- اختبارات الإبداع
- اختبارات القدرات الخاصة

وتقوم بعض المدارس أولاً بتحديد مجموعة من الطلاب لتقييمهم لمعرفة ما إذا كانوا سيتأهلون لبرنامج الموهوبين. وهذه الجولة الأولى من عملية الاختيار بالغة الأهمية، وغالباً ما تكون غير موضوعية تماماً. فقد يكتشف الوالدان أن طفلهما لم يرشح ضمن تلك المجموعة رغم اعتقادهما بأن طفلهما لديه قدرات غير عادية.

إن عمليات التعرف على الأطفال الموهوبين ليست بدون أخطاء

Scanned by CamScanner

- لا مشكلة لديه في أن يكون مختلفاً عن الآخرين

القدرة العقلية العامة

- يصوغ أفكاراً تجريدية نظرية
- يعالج المعلومات بطرق معقدة
- يقظ
- يتحمس للأفكار جديدة
- يستمتع بصياغة الفرضيات
- يتعلم بسرعة
- يستخدم مفردات كثيرة
- لديه حب الفضول
- مبادر

القراءة المبكرة من العلامات الأولى المهمة للموهبة

القدرة الأكاديمية

- قدرته على التذكر جيدة
- قدرته على الفهم متقدمة
- يكتسب المعارف الأساسية بسرعة

Scanned by CamScanner

- يقرأ على نطاق واسع في مجال يحظى باهتمامه الخاص
- يحرز درجة عالية من النجاح في المجال الأكاديمي الذي يبدي اهتماماً خاصاً به
- يتابع مجال اهتمامه الخاص بحماسة ونشاط

القيادة

- يتحمل المسؤولية
- توقعاته عالية من نفسه ومن الآخرين
- يعبّر عن ذاته بطلاقة وإيجاز
- يتوقع النتائج والآثار المترتبة على القرارات
- يتخذ أحكاماً جيدة في عملية صنع القرار
- محبوب من قبل الزملاء
- واثقٌ من نفسه
- منظم

النمو النفسي الحركي

- لا يتذمر من الأنشطة الرياضية الصعبة
- يظهر دقة في حركة
- يستمتع بالمشاركة في الفرص الرياضية المختلفة
- يبرع في المهارات الحركية
- حركاته منسقة تنسيقاً جيداً
- مهارات الحركية الدقيقة جيدة
- يتمتع بطاقة عالية

الفنون البصرية الأدائية

- متميز في شعوره بالعلاقات المكانية

Scanned by CamScanner

- لديه قدرة غير عادية على التعبير عن الذات، والشعور، والمزاج، وما إلى ذلك، سواء من خلال الرقص أو الدراما أو الموسيقى، الخ.
- التناسق الحركي لديه جيد
- ماهر في التعبير الإبداعي
- يحب إنتاج أشياء خاصة به وليس مجرد نسخ وتقليد الآخرين
- يقظ

الخصائص النفسية

- الميول العلمية
- سعة الخيال
- القراءة قبل دخول المدرسة
- الاهتمام بدراسة السير الذاتية
- الحس المرهف
- التشكك
- قوة الملاحظة
- النقد الذاتي
- تعدد الهوايات
- المثابرة
- قوة التركيز
- طرح الأسئلة بكثرة

Scanned by CamScanner

الموهبة الفنية

أسس تعليم الطلبة الموهوبين

يأخذ تعليم الموهوبين أشكالاً متنوعة (Colangelo& Davis, 1997). وكثيراً ما يستفيد الطلبة الموهوبون من أشكال مختلفة في أوقات مختلفة من حياتهم.

الإثراء (Enrichment)

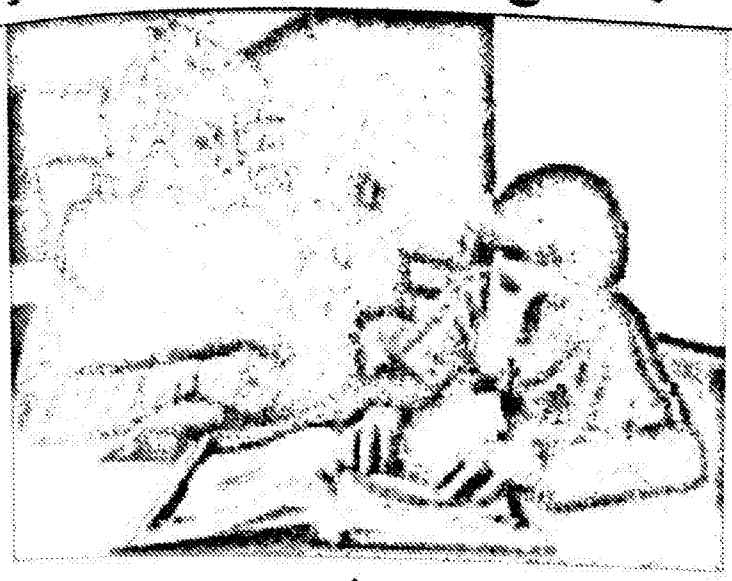
الإثراء هو حصول الطلبة الموهوبين على مواد إضافية لتحدي قدراتهم. ومن الأشكال الشائعة لهذا النموذج المشاركة في المنافسات العلمية. ويتم هذا العمل، بالإضافة إلى، وليس بدلا من، أي معلومات تغطيها مناهج المدارس العادية. ويرى نقاد هذا النهج أنه يتطلب من الطلبة الموهوبين القيام بمزيد من العمل بدلاً من القيام بنفس الحجم من العمل ولكن على مستوى متقدم. وفي المدارس الثانوية قد يكون الإثراء على شكل دراسة مزيد من المواد الدراسية، أو المشاركة في الأنشطة اللامنهجية.

التسريع (Acceleration)

التسريع يعني ترفيع الطالب الموهوب إلى صف أعلى تشمل مناهجه مواد أكثر ملاءمة لقدراته. وقد يشمل التسريع انتقال الطالب إلى صف أعلى أو إتمام دراسة المنهاج في وقت أقصر من المعتاد. وقد يتم التسريع في مادة واحدة (كالرياضيات

Scanned by CamScanner

مثلاً) ويعتمد هذا النوع من التسريع على درجات الطالب على الاختبارات التحصيلية وليس اختبارات الذكاء. وقد تسمح بعض الجامعات بالقبول المبكر للطلبة المتميزين



التسريع الأكاديمي

ضغط المادة التعليمية (Compacting)

في هذا الأسلوب يتم فحص الطالب قبل البدء بتدريس المادة لمعرفة المحتوى الدراسي الذي يتقنه. وقد تجرى الاختبارات القبلية يومياً أو أسبوعياً أو أكثر من ذلك. وعندما يثبت الطالب أنه يعرف المحتوى يسمح له بتخطي المادة التي يعرفها لتجنب الملل وتوفير الفرص له لتعلّم مادة أكثر تقدماً.

السرعة الذاتية (Self-Pacing)

يتضمن هذا الأسلوب استخدام ممارسات تجميع مرنة تسمح للأطفال بالتقدم حسب سرعتهم الذاتية.

الإخراج من الصف العادي (Pull-Out Programs)

قد يتم إخراج الطفل الموهوب من الصف العادي (الذي هو صف يوجد به مجموعة غير متجانسة من الطلبة) ليقضي جزءاً من يومه الدراسي في صف خاص للموهوبين على غرار غرف المصادر (Resource Rooms). ولن تكون هذه البرامج ذات فائدة للطلبة الموهوبين من الناحية الأكاديمية ما لم تشمل المادة التي يتم

Scanned by CamScanner

تغطيتها الإثراء والتوسع. وقد يتم تجميع خمسة أو ستة أطفال موهوبين في صف خاص (Special Class) في المدرسة طوال اليوم الدراسي. ويعمل في هذه الصفوف معلمون ذوو خبرة في تعليم الطلبة الموهوبين.

برامج الإثراء الصيفية (Summer Enrichment Programs)

وتكون على هيئة مواد دراسية تتوفر في فصل الصيف ضمن ما يعرف بالمدارس أو المخيمات الصيفية.

برنامج إثراء صيفي

المدارس الخاصة (Special Schools)

يتمثل هدف هذه المدارس في توفير البرامج والخدمات المناسبة للطلبة الموهوبين. وهذه المدارس نادرة نسبياً ومكلفة.

التعليم في المنزل (Homeschooling)

ويشمل توفير معلم أو مدرب خاص للطالب الموهوب وأحياناً قد يتم التوقف عن إرسال الطالب للمدرسة وتوفير الفرص له للالتحاق بصفوف خارج أسوارها.

Scanned by CamScanner

المراجع

Colangelo, N., & Davis, G. (1997). *Handbook of gifted education* (2nd ed.). New York: Allyn and Bacon.

National Association for Gifted Children (2011). *Redefining giftedness for a new century: Shifting the paradigm* (Position Paper). http: //nagc.org.

Johnsen, S. K. (2003). *Identifying gifted children: A Practical Guide.* Prufrock Press Inc.

National Society for the Gifted and Talented (2012). *Giftedness defined - What is gifted & talented?* Retrieved from http:// www.nsgt.org/articles/index.asp.

Scanned by CamScanner

3

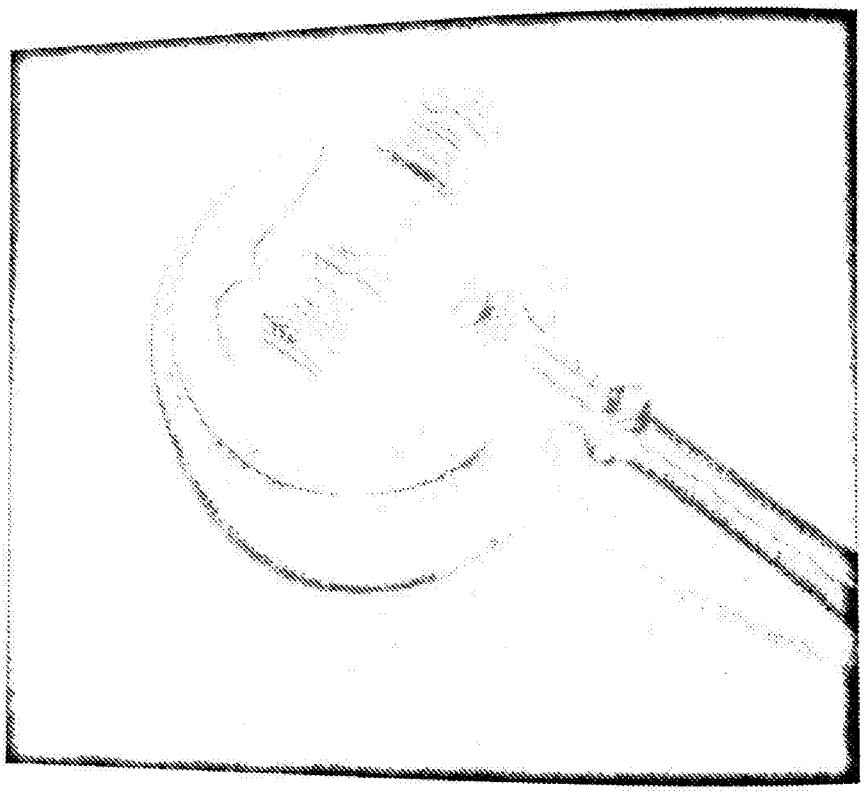
الباب الثالث

الأسس القانونية، والمهنية، والبحثية للتربية الخاصة

Scanned by CamScanner

الفصل الثالث عشر

الأسس القانونية للتربية الخاصة



Scanned by CamScanner

مقدمة

لقد ظلت خدمات وبرامج التربية الخاصة والتأهيل للأطفال والشباب ذوي الإعاقات المختلفة في معظم الدول النامية بما فيها الدول العربية، لعقود عديدة، نتاج جهود غير منتظمة وغير متكاملة تبادر إليها جهات تطوعية وأهلية مختلفة. وكانت تلك الجهود تستند إلى أسس إنسانية تمثلت في التعاطف والشفقة والرغبة في عمل الخير. بعبارة أخرى، لم تكن خدمات التربية الخاصة والتأهيل ذات أسس تشريعية تعترف بحقوق الأشخاص المعوقين وتضع الموجهات والأسس القانونية لتلبية تلك الحقوق من جهة ودرء الاعتداء على تلك الحقوق من جهة أخرى. ولم يكن الأمر كذلك في الدول الصناعية المتقدمة التي جعلت التربية الخاصة والتأهيل ذات أسس قانونية منذ البداية. ليس ذلك فقط، بل ثمة من يقول ومنذ زمن بعيد أن التربية الخاصة والتأهيل في تلك الدول مفرطة في استنادها إلى التشريعات ومشبعة بالقوانين لدرجة جعلت كافة ممارساتها محددة ودقيقة لدرجة أفقدت الممارسين امكانية إضفاء المرونة على البرامج أو التعبير عن الابداعات الشخصية. فنماذج القياس والتشخيص والخطط التربوية الفردية والتدريس وغير ذلك من العمليات الأساسية في التربية الخاصة والتأهيل لها أسس قانونية تنظمها وتتم المساءلة على ضوئها.

IDEA

من أكثر قوانين التربية الخاصة في العالم شمولية وتطوراً القانون الأمريكي للأشخاص ذوي الإعاقة المعروف ب (Individuals with Disabilities Education Act) المعروف اختصاراً بالرمز (IDEA)

Scanned by CamScanner

وكان من الطبيعي أن تتأثر الدول النامية بما يحدث في هذا الميدان في الدول المتقدمة وأن تتأثر بشكل أكبر بتوجهات الأمم المتحدة بهذا الشأن. ولذلك أظهرت الدول العربية في العقود القليلة الماضية مزيداً من الاهتمام بوضع قوانين لتنظيم عمليات التربية الخاصة والتأهيل. ولكن الفروق في تشريعات وقوانين التربية الخاصة والتأهيل لا تزال جلية بين الدول المتقدمة والدول العربية. ومن أهم تلك الفروق أن التشريعات والقوانين في الدول المتقدمة تلزم المجتمعات بتقديم البرامج التربوية والخدمات الاجتماعية والصحية الملائمة لهؤلاء الأفراد وصولاً بهم إلى أقصى ما تسمح به قدراتهم وتضع آليات عملية لإنفاذ تلك القوانين والمساءلة بشأنها. أما في الدول العربية والنامية، فالمواد القانونية لا تحدّد بوضوح نوع التدابير، أو تنظيمها، أو محتواها. وفي وجود البنود القانونية العامة والهلامية غير القابلة للتحقق عملياً يبقى الأمر متروكاً لحسن النوايا وبالتالي غياب آليات المتابعة والمحاسبة.

الحقوق والامتيازات

كان من أهم المواثيق والمعاهدات الدولية التي تركت أثراً واضحاً على التوجهات التشريعية فيما يتصل بالتربية الخاصة: الاعلان العالمي لحقوق الإنسان 1945، وإعلان حقوق الطفل عام 1959، وإعلان حقوق الأشخاص المتخلفين عقلياً عام 1971، وإعلان حقوق الأشخاص المعوقين عام 1975 إضافة إلى مواثيق واتفاقيات دولية عديدة أخرى. وكان من أهم المبادرات العربية في هذا الخصوص ميثاق العمل الاجتماعي للدول العربية الذي أقره مؤتمر وزراء الشؤون الاجتماعية العرب عام 1971، والاعلان العربي للعمل مع المعوقين الصادر عن مؤتمر الكويت للمعوقين عام 1981، والعقد العربي لذوي الاحتياجات الخاصة الذي أقره مجلس الجامعة العربية عام 2004.

وقد أصبحت قضية التشريعات والقوانين المتصلة بتعليم الأفراد المعوقين وتدريبهم وتشغيلهم أكثر تقدماً من أي وقت مضى. وتتوالى الدعوات لاعتماد أدوات

Scanned by CamScanner

قانونية واضحة تضمن الاستجابة الفعالة والمناسبة لحاجات هؤلاء الأفراد أطفالاً كانوا أم شباباً وذكوراً كانوا أم إناثاً. وفي معظم الدول، تم تعديل القوانين أو تطويرها وأصبحت التشريعات تشمل مواد تنص على حق الجميع، بمن فيهم الأفراد المعوقين، في التعلم والعمل.

ويبقى التفاوت واسعاً بين دول العالم فيما يتصل بطبيعة التشريعات، ومدى تطبيقها فعلياً، ودلالتها العملية للأشخاص المعوقين، وأسرهم، والنظم التربوية العامة. ومع أن التشريعات والقوانين قد تنص على التربية الإلزامية، فمن المحتمل أن تكون الاستنتاجات خاطئة فيما يخص الإعاقة. فرغم التأكيد على عدم استثناء أي طفل تفيد المعلومات بأن معظم الأطفال المعوقين لا يدخلون النظام التربوي أبداً. ويتمثل التحدي الحقيقي في عدد كبير من الدول في التحول من النصوص التشريعية إلى واقع ملموس في الحياة اليومية. ومفتاح ذلك هو تعديل مواقف الناس وتوقعاتهم، وتوعية الرأي العام، وتفنيد المعتقدات الخرافية وغير الواقعية (Mittler, 1994).

الأمم المتحدة والإعاقة

لقد بذلت الأمم المتحدة جهوداً متواصلة لضمان تمتع الأشخاص المعوقين بجميع حقوق الإنسان الأساسية التي يؤكدها ميثاق حقوق الإنسان. ووضعت الجمعية العامة الأساس لتعزيز وحماية حقوق الإنسان في عام 1948، بإعلانها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. ونقدم فيما يلي ملخّصاً لأهم البنود الواردة في هذا الإعلان:

- يولد جميع الناس أحراراً متساوين في الكرامة والحقوق
- لكل إنسان حق التمتع بكافة الحقوق والحريات الواردة في هذا الإعلان، دون أي تمييز، كالتمييز بسبب العنصر أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي، أو الأصل الوطني أو الاجتماعي أو الثروة أو الميلاد أو أي وضع آخر
- لكل فرد الحق في الحياة والحرية وسلامة شخصه
- لا يعرض أي إنسان للمعاملات القاسية التي تحط من كرامته

Scanned by CamScanner

- كل الناس سواسية أمام القانون ولهم الحق في التمتع بحماية متكافئة
- لا يعرض أحد لتدخل تعسفي في حياته الخاصة أو أسرته أو مسكنه، ولكل شخص الحق في حماية القانون من مثل هذا التدخل
- للرجل والمرأة متى بلغا سن الزواج حق التزوج وتأسيس أسرة دون أي قيد بسبب الجنس أو الدين، ولهما حقوق متساوية عند الزواج وأثناء قيامه وعند انحلاله
- لا يجوز تجريد أحد من ملكه تعسفاً
- لكل شخص الحق في حرية الرأي والتعبير
- لكل شخص الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والتربوية التي لا غنى عنها لكرامته
- لكل شخص الحق في العمل، كما أن له حق الحماية من البطالة
- لكل شخص الحق في الراحة، وفي أوقات الفراغ
- لكل شخص الحق في معيشة تحافظ على الصحة والرفاهية له ولأسرته
- لكل شخص الحق في التعلم، ويجب أن يكون التعليم في مراحله الأساسية على الأقل بالمجان، وأن يكون التعليم الأولي إلزامياً وينبغي أن يعمم التعليم الفني والمهني، وأن ييسر القبول للتعليم العالي على قدم المساواة التامة للجميع وعلى أساس الكفاءة
- لكل فرد الحق في أن يشترك اشتراكاً حراً في حياة المجتمع الثقافي

Scanned by CamScanner

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان

وفي خمسينات القرن العشرين كانت الأمانة العامة للأمم المتحدة الهيئة الرئيسية المعنية بقضايا الإعاقة، وركزت على تعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية فضلا عن المشاريع المتعلقة بالوقاية من الإعاقة والتأهيل. فقد نظرت اللجنة الاجتماعية التابعة للمنظمة في عام 1950، في تقريرين: "التأهيل الاجتماعي للمعوقين" و"التأهيل الاجتماعي للمكفوفين". ووافقت اللجنة على ضرورة وضع معايير دولية لتعليم الأطفال المعوقين وتدريبهم واتخاذ إجراءات لمساعدتهم. وفي نفس العام، نص اتفاق استيراد المواد التربوية والعلمية والثقافية على إعفاء سلع معينة مدرجة في مرفق الاتفاق من الرسوم الجمركية المفروضة على الواردات. وكان من بين تلك السلع المواد المتعلقة بالمكفوفين.

وفي عام 1951 ركزت اللجنة الاجتماعية على مشاكل التأهيل الاجتماعي للمعوقين، ودعت إلى الانتباه إلى قضايا التكيُّف والتأهيل من منظور متكامل. وفي عام 1952 ناقشت اللجنة الاجتماعية تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة البدنية على الصعيد الدولي. وجرى تنظيم البرامج التي وافقت عليها الأمم المتحدة، ومنظمة العمل الدولية، ومنظمة الصحة العالمية، واليونسكو، واليونيسيف والمنظمة الدولية للاجئين في عشر

Scanned by CamScanner

نات: نهج جديد للإعاقة، وتثقيف الرأي العام، وبرنامج كامل للتأهيل، وتطوير خدمات التأهيل، وتدريب موظفي التأهيل، وتنظيم وتمويل خدمات التأهيل، ومساهمة الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة، ومساهمة المنظمات غير الحكومية، وطرق التنسيق. وأبدت اللجنة الاجتماعية في عام 1953 اهتماماً بالبرامج الرامية إلى تعزيز الخدمات المقدمة للمعوقين التي تؤكد على دورهم المستقل والمنتج في المجتمع. وفي عام 1959 أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة إعلان حقوق الطفل.

وكان من أهم بنود هذا الإعلان أن يتمتع الطفل بحماية خاصة وأن يمنح، بالتشريع وغيره من الوسائل، الفرص والتسهيلات اللازمة لإتاحة نموه الجسمي والعقلي والخلقي والروحي والاجتماعي نمواً طبيعياً سليماً في جو من الحرية والكرامة. وتكون مصلحته العليا محل الاعتبار الأول في سن القوانين لهذه الغاية.

كما وأكد الإعلان على ضرورة أن يتمتع الطفل بفوائد الضمان الاجتماعي وأن يكون مؤهلاً للنمو الصحي السليم. وعلى هذه الغاية، يجب أن يحاط هو وأمه بالعناية والحماية الخاصتين اللازمتين قبل الوضع وبعده. وللطفل حق في قدر كافٍ من الغذاء والمأوي واللهو والخدمات الطبية.

وبيّن الإعلان ضرورة إحاطة الطفل المعوق جسمياً أو عقلياً أو اجتماعياً بالمعالجة والتربية والعناية الخاصة التي تقتضيها حالته، وأنه يحتاج لكي ينعم بشخصية منسجمة النمو مكتملة التفتح، إلى الحب والتفهم. ولذلك يراعى أن تتم تنشئته إلى أبعد مدى ممكن، برعاية والديه وفي ظل مسؤوليتهما، وعلى أي حال، في جو يسوده الحنان والأمن المعنوي والمادي فلا يجوز، إلا في ظروف استثنائية، فصل الطفل الصغير عن أمه. ويجب على المجتمع والسلطات العامة تقديم عناية خاصة للأطفال المحرومين من الأسرة وأولئك المفتقرين إلى كفاف العيش. ويحسن دفع مساعدات حكومية وغير حكومية للقيام بنفقة أطفال الأسر الكبيرة العدد.

ومن بنود الإعلان أيضاً:

Scanned by CamScanner

- للطفل حق في تلقي التعليم، الذي يجب أن يكون مجانيا وإلزاميا، في مراحله الابتدائية على الأقل، وأن يستهدف رفع ثقافة الطفل العامة وتمكينه، على أساس تكافؤ الفرص، من تنمية ملكاته وحصافته وشعوره بالمسؤولية الأدبية والاجتماعية، ومن أن يصبح عضواً مفيداً في المجتمع.
- يجب أن تكون مصلحة الطفل العليا هي المبدأ الذي يسترشد به المسؤولون عن تعليمه وتوجيهه. وتقع هذه المسؤولية بالدرجة الأولى على أبويه. ويجب أن تتاح للطفل فرصة كاملة للعب واللهو، اللذين يجب أن يوجها نحو أهداف التعليم ذاتها. وعلى المجتمع والسلطات العامة السعي لتيسير التمتع بهذا الحق.
- يجب أن يكون الطفل، في جميع الظروف، بين أوائل المتمتعين بالحماية والإغاثة.
- يجب أن يتمتع الطفل بالحماية من جميع صور الإهمال والقسوة والاستغلال. ويحظر الاتجار به على أية صورة. ولا يجوز استخدام الطفل قبل بلوغه السن الأدنى الملائم. ويحظر في جميع الأحوال حمله على العمل أو تركه يعمل في أية مهنة أو صنعة تؤذي صحته أو تعليمه أو تعرقل نموه الجسمي أو العقلي أو الخلقي.
- يجب أن يحاط الطفل بالحماية من جميع الممارسات التي قد تدفع إلى التمييز العنصري أو الديني أو أي شكل آخر من أشكال التمييز، وأن يربى على روح التفهم والتسامح، والصداقة بين الشعوب، والسلم والأخوة العالمية، وعلى الإدراك التام لوجوب تكريس طاقته ومواهبه لخدمة إخوانه البشر.

وفي عقد الستينات من القرن العشرين وضعت اللجنة الاجتماعية آليات لرصد مختلف برامج التأهيل التي تضطلع بها الأمم المتحدة، والوكالات المتخصصة، والمنظمات الحكومية وغير الحكومية. وأجري مسح للجوانب الإدارية والتشريعية لبرامج التأهيل ولمرافق تدريب موظفي التأهيل. وتزايد الوعي بأهمية استراتيجيات

Scanned by CamScanner

التأهيل الجديدة. واعتمدت الجمعية العامة عام 1969 الإعلان المتعلق بالتقدم الإجتماعي والتنمية وأكدت ضرورة تسهيل دمج الأشخاص ذوي الإعاقات العقلية والجسمية في المجتمع.

الإعلان العالمي لحقوق الشخص المتخلف عقلياً

وفي سبعينات القرن العشرين تم الأخذ بنهج جديد بشأن الإعاقة، وبدأ مفهوم حقوق الإنسان للمعوقين يحظى بالقبول على الصعيد الدولي. ففي اجتماع مشترك بين منظمة العمل الدولية، واليونسكو، ومنظمة الصحة العالمية، واليونيسيف ومجلس المنظمات العالمية، وجهت في عام 1970 دعوة إلى بذل جهد تعاوني جديد لمساعدة البلدان النامية في جهود التأهيل. وتم وضع برنامج لزيادة الأموال اللازمة لأغراض المساعدة التقنية في ميدان التأهيل، وجرى تعيين خبراء تأهيل في مواقع في جميع أنحاء العالم. وفي عام 1971 أعلنت الجمعية العامة "إعلان حقوق الأشخاص المتخلفين عقلياً" ودعت إلى اتخاذ إجراءات للأخذ به على الصعيدين الوطني

Scanned by CamScanner

والدولي بوصفه الأساس المقبول والإطار المرجعي لحماية حقوق هؤلاء الأشخاص. وكان من بنود هذا الإعلان:

1- للشخص المتخلف عقلياً نفس ما لسائر البشر من حقوق.

2- للشخص المتخلف عقلياً حق في الحصول على الرعاية والعلاج الطبيين المناسبين وعلى قدر من التعليم والتدريب والتأهيل والتوجيه يمكنه من إنماء قدراته وطاقاته إلى أقصى حد ممكن.

3- للشخص المتخلف عقلياً حق التمتع بالأمن الاقتصادي وبمستوى معيشة لائق. وله، إلى أقصى مدى تسمح به قدراته، حق في العمل المنتج ومزاولة أية مهنة أخرى مفيدة.

4- ينبغي، حيثما كان ذلك مستطاعاً، أن يقيم المتخلف عقلياً مع أسرته ذاتها أو مع أسرة بديلة، وأن يشارك في أشكال مختلفة من الحياة المجتمعية. وينبغي أن تحصل الأسرة التي يقيم معها على مساعدة. فإذا اقتضت الضرورة وضعه في مؤسسة وجب أن تكون بيئة هذه المؤسسة وظروف الحياة فيها على أقرب ما يستطاع من بيئة وظروف الحياة العادية.

5- للشخص المتخلف عقلياً حق في أن يكون له وصي مؤهل عند لزوم ذلك لحماية شخصه ومصالحه.

6- للشخص المتخلف عقلياً حق في حمايته من الاستغلال والتجاوز. فإذا لوحق قضائياً كان من حقه أن يقاضى حسب الأصول القانونية، مع المراعاة التامة لدرجة مسؤوليته العقلية.

وفي النصف الأول من عقد السبعينات تم التأكيد على ضرورة إدماج خدمات التأهيل في البرامج الطبية، والتعليمية، وبرامج التطوير المهني الأساسية من جهة واقتراح تعزيز التنسيق والتخطيط في ميدان تأهيل المعوقين من جهة أخرى. وفي عام 1975 أوصت الأمم المتحدة بالقضاء على العقبات المادية والمعمارية التي تحول دون دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع. وفي العام ذاته اعتمد قرار بشأن

Scanned by CamScanner

الوقاية من الإعاقة وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة. واعتمدت الجمعية العامة إعلان حقوق الأشخاص المعوقين. ويمكن تلخيص أهم البنود الحقوق التي وردت في هذا الإعلان على النحو التالي:

- حماية حق كل شخص معوق بالتمتع بجميع الحقوق الواردة في هذا الإعلان، ويعترف بهذه الحقوق لجميع الأشخاص المعوقين دون أي استثناء وبلا تفرقة أو تمييز علي أساس العنصر أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين، أو الرأي، أو المولد.
- حماية حق كل شخص معوق في أن تحترم كرامته الإنسانية وله، أياً كان منشأ وطبيعة وخطورة أوجه القصور التي يعاني منها، نفس الحقوق الأساسية التي تكون لمواطنيه الذين هم في سنه، الأمر الذي يعني أولاً وقبل كل شيء أن له الحق في التمتع بحياة لائقة، تكون طبيعية وغنية قدر المستطاع.
- حماية حق كل شخص معوق بالتمتع بنفس الحقوق المدنية والسياسية التي يتمتع بها سواه من البشر.
- حماية حق كل شخص معوق في التدابير التي تستهدف تمكينه من بلوغ أكبر قدر ممكن من الاستقلال الذاتي.
- حماية حق كل شخص معوق في العلاج الطبي والنفسي والوظيفي بما في ذلك الأعضاء الصناعية وأجهزة التقويم، وفي التأهيل الطبي والاجتماعي، وفي التعليم، وفي التدريب والتأهيل المهنيين، وفي المساعدة، والمشورة، وفي خدمات التوظيف وغيرها من الخدمات التي تمكنه من إنماء قدراته ومهاراته إلى أقصى الحدود وتعجل بعملية إدماجه أو إعادة إدماجه في المجتمع.
- حماية حق كل شخص معوق في الأمن الاقتصادي والاجتماعي وفي مستوي معيشة لائق، وله الحق، حسب قدرته، في الحصول على عمل والاحتفاظ به أو في مزاولة مهنة مفيدة ومربحة ومجزية، وفي الانتماء إلى نقابات العمال.

Scanned by CamScanner

- حماية حق الأشخاص المعوقين في أن تؤخذ حاجاته الخاصة بعين الاعتبار في كافة مراحل التخطيط الاقتصادي والاجتماعي.
- حماية حق كل شخص معوق في الإقامة مع أسرته ذاتها أو مع أسرة بديلة، وفي المشاركة في جميع الأنشطة الاجتماعية أو الإبداعية أو الترفيهية. وإذا حتمت الضرورة أن يبقي الشخص المعوق في مؤسسة متخصصة، يجب أن تكون بيئة هذه المؤسسة وظروف الحياة فيها على أقرب ما يستطاع من بيئة وظروف الحياة العادية للأشخاص الذين هم في سنه.
- حماية كل شخص معوق من أي استغلال ومن أية أنظمة أو معاملة ذات طبيعة تمييزية أو متعسفة أو تحط من كرامته.
- حماية حق كل شخص معوق في الاستعانة بمساعدة قانونية من ذوي الاختصاص لحماية شخصه أو ماله. وإذا أقيمت ضد الشخص المعوق دعوى قضائية وجب أن تراعي الإجراءات القانونية المطبقة حالته البدنية أو العقلية مراعاة تامة.
- إعلام الشخص المعوق وأسرته ومجتمعه المحلي، بكل الوسائل المناسبة، إعلاماً كاملاً بالحقوق التي يتضمنها هذا الإعلان.

وفي ثمانينات القرن العشرين بذلت جهود عديدة على الصعيدين الوطني والدولي لتحسين أوضاع الأشخاص ذوي الإعاقة بهدف زيادة دمجهم في المجتمع. وجرى تنظيم برامج ركزت على التأهيل والوقاية من الإعاقة، وأنشئت لجان وطنية مثلت 141 بلداً وإقليماً لتحسين المجالات التالية: الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للأشخاص ذوي الإعاقة، ووضع وتنفيذ البرامج، وإجراء البحوث، ووضع السياسات وصنع القرارات، وسن التشريعات، وتحقيق اللامركزية من الصعيد الوطني إلى الصعيد المحلي، وتقديم المساعدة للبلدان النامية.

Scanned by CamScanner

وأعلنت الجمعية العامة سنة 1981 بوصفها السنة الدولية للمعوقين، ودعت إلى وضع خطة عمل على الصعد الوطنية، والإقليمية والدولية، مع التأكيد على تكافؤ الفرص والتأهيل والوقاية من الإعاقة. وكان موضوع السنة الدولية للمعوقين بعنوان "المشاركة الكاملة والمساواة"، اللتان عُرِّفتا بأنهما حق الأشخاص ذوي الإعاقة في المشاركة بالكامل في حياة مجتمعاتهم وتنميتها، والتمتع بأوضاع معيشية مساوية لأوضاع المواطنين الآخرين، والتمتع بنصيب متساوٍ في الأوضاع المحسنة الناتجة عن التنمية الاجتماعية-الاقتصادية.

وكان من الأهداف الأخرى للسنة: زيادة الوعي العام؛ وفهم وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة؛ وتشجيع الأشخاص ذوي الإعاقة لتكوين منظمات يمكنهم عن طريقها الإعراب عن آرائهم وتعزيز الإجراءات لتحسين حالتهم. وتمثَّل أحد الدروس الهامة المستفادة من السنة في أن صورة الأشخاص ذوي الإعاقة تعتمد بدرجة هامة على المواقف الاجتماعية؛ وقد مثَّلت هذه المواقف عقبة رئيسية أمام تحقيق الأشخاص ذوي الإعاقة لهدف المشاركة الكاملة والمساواة في المجتمع.

وفي العام ذاته، بُذلت جهود لتحسين إمكانية دخول الأشخاص ذوي الإعاقة مقر الأمم المتحدة في نيويورك ومكاتب الأمم المتحدة في جنيف وفيينا. وقامت وحدات الأمم المتحدة للإعلام بإعداد مواد عرض بالصور، وأفلام ومنتجات تليفزيونية وإذاعية عن الموضوع. كذلك اعتمدت الجمعية العامة برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين. ونُظمت عندئذ السياسة المتعلقة بالإعاقة في ثلاثة مجالات رئيسية: الوقاية، والتأهيل، وتكافؤ الفرص. ووضعت الجمعية العامة توصيات بشأن تنفيذ البرنامج العالمي تضمنت توصيات اللجنة الاستشارية للسنة الدولية. وفي نفس القرار أعلنت أيضاً عقد الأمم المتحدة للمعوقين (1983-1992).

وقامت الجمعية العامة بتشجيع الدول الأعضاء على المشاركة في العقد لتنفيذ برنامج العمل العالمي. وفيما يتعلق بتعليم وتشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة، اعتمدت الجمعية العامة "مبادئ تالين التوجيهية للعمل المتعلق بتنمية الموارد البشرية في ميدان

Scanned by CamScanner

الإعاقة" في عام 1989. وتوفر هذه المبادئ إطار عمل لتعزيز مشاركة، وتدريب وتشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع الوزارات الحكومية وعلى جميع مستويات صنع السياسة الوطنية من أجل تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة.

وفي النصف الأول من عقد الثمانينات نشر تقرير عن الأنشطة المتعلقة بالوقاية من الإعاقة. وأشار التقرير إلى أنه يمكن الوقاية من كثير من حالات العجز بتحديد التدابير اللازمة لمكافحة سوء التغذية، وتلوث البيئة وسوء النظافة، وعدم كفاية الرعاية السابقة للولادة واللاحقة للولادة، والأمراض التي تحملها المياه والحوادث. وقدم الأمين العام تقريراً مفاده ضرورة الاستعاضة عن الرعاية المؤسسية ببرامج تساعد الأسر والمجتمعات المحلية.

وفي عامي 1987 و 1988 أصدر الأمين العام تقريراً يشير إلى أهمية وضع اتفاقية دولية للقضاء على التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، وتنظيم حملة إعلامية ودعت الجمعية العامة الدول الأعضاء إلى التأكيد بوجه خاص على تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين. وفي عام 1989 تم تشجيع الدول الأعضاء على العمل المتعلق بتنمية الموارد البشرية في ميدان الإعاقة. وتم الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة بوصفهم أصحاب مصيرهم وليسوا عالة على الحكومات. واعتُبر التشغيل وسيلة لكي يمارس الأشخاص ذوو الإعاقة حقوقهم الكاملة كمواطنين بالفعل. وأشارت المبادئ التوجيهية إلى ضرورة تدريب وتشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة في القوة العاملة على قدم المساواة مع أفراد المجتمع الآخرين.

وفي تسعينات القرن العشرين عقدت الأمم المتحدة خمسة مؤتمرات عالمية أكدت على الحاجة إلى تحقيق "مجتمع للجميع"، ودعت إلى مشاركة جميع المواطنين، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، في جميع ميادين المجتمع. وفي عام 1992 اعتمدت الجمعية العامة في كانون الأول/ديسمبر بوصفه اليوم العالمي للمعوقين. من جهة أخرى، أشار مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية إلى ترابط التنمية الاجتماعية والبيئية المستدامة، وشدّد على دمج جميع فئات المجتمع،

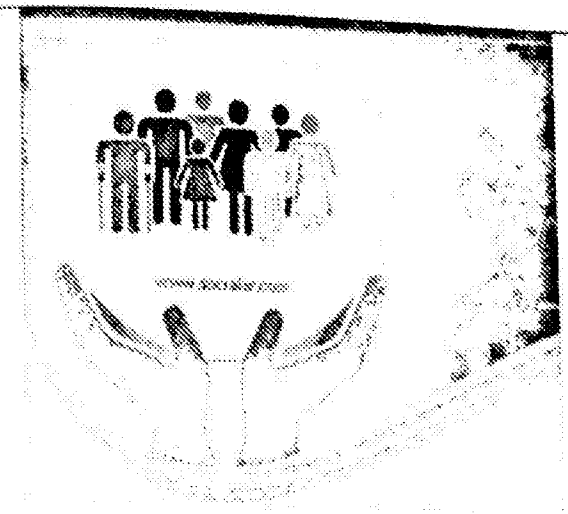
Scanned by CamScanner

بمن فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة، في خطة تنمية شاملة. وفي عام 1993 اعتمدت الجمعية العامة القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين. وأوجزت القواعد رسالة برنامج العمل العالمي ووضعت شروطاً مسبقة لتحقيق تكافؤ الفرص. واستهدفت القواعد أيضاً مجالات المشاركة على قدم المساواة وتعزيز تنفيذ التدابير وآليات الرصد. وفي نفس العام، أعاد المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان النظر في صكوك حقوق الإنسان المعترف بها عالمياً على ضوء القضايا المعاصرة واعتمد إعلان وبرنامج عمل فيينا. واعترف المؤتمر بأن جميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية عالمية، ومن ثم ينبغي أن تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة بدون تحفظ.

وفي النصف الأخير من عقد التسعينات عقد في بيجين المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة، الذي ركز على القضايا ذات الصلة بالنوع الاجتماعي في خطة التنمية الشاملة. وأثيرت القضايا المتعلقة بالإعاقة في إعلان ومنهاج عمل بيجين، الذي اعترف بأن المرأة تواجه عقبات أمام تمتعها بالمساواة الكاملة والنهوض بها بسبب عوامل من قبيل عجزها. وانعقدت في تركيا اللجنة التحضيرية لمؤتمر الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية، وأصدرت اللجنة مشروع بيان بشأن مبادئ والتزامات وخطة عمل عالمية، أولت اهتماماً خاصاً بالأشخاص ذوي الإعاقة الذين يمكنهم الاستفادة من الإجراء الحكومي التصحيحي.

وفي مطلع القرن الحادي والعشرين اقترحت المكسيك على الجمعية العامة إنشاء لجنة مخصصة للنظر في المقترحات الرامية إلى وضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة وحماية حقوقهم وكرامتهم. وقد اعتمدت الجمعية العامة اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في عام 2006. وفُتح في العام التالي باب توقيع الاتفاقية وبروتوكولها الاختياري في مقر الأمم المتحدة في نيويورك.

Scanned by CamScanner



الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

مبادرة التعليم للجميع

وتجدر الإشارة هنا أيضاً إلى مبادرة التعليم للجميع (Education for All) والتي جاءت بمثابة التزام دولي للدفاع عن حق مواطن في كل دولة من دول العالم في التعلم. وقد انطبقت هذه المبادرة من جومتن في تايلانده عام 1990. وشارك في إطلاق هذه المبادرة تحالف ضم ممثلين عن حكومات عديدة، وجمعيات المجتمع المدني، ومؤسسات دولية فاعلة مثل اليونيسكو والبنك الدولي. وأعيد التأكيد على هذه المبادرة عام 2000 في دكار في السنغال.

وتتمثل أهداف هذه المبادرة في:

1. التوسع في برامج الرعاية والتربية في الطفولة المبكرة وخاصة للأطفال الأقل حظاً.
2. ضمان حق جميع الأطفال وخاصة البنات ممن يعيشون في ظروف صعبة وينتمون إلى أقليات عرقية في الحصول على تعليم مجاني وإلزامي وذي نوعية جيدة في مرحلة التعليم الابتدائي.
3. تلبية الاحتياجات التعلمية لكل من الشباب والراشدين من خلال توفير الفرص القائمة على المساواة في التعليم المناسب وبرامج تطوير مهارات الحياة.

Scanned by CamScanner

4. تحقيق تقدم لا يقل عن 50٪ في معدلات محو الأمية بين الراشدين بحلول عام 2015 وخاصة في أوساط النساء.
5. إزالة الفروق في فرص التعلّم المتاحة لكل من الذكور والاناث في التعليم الأساسي والتعليم الثانوي بحلول عام 2015.
6. تحسين نوعية التعليم من جميع الأبعاد وتحقيق التميز فيها بحيث يتم تحقيق مخرجات تعلمية أفضل لدى الجميع وخاصة في القراءة والكتابة، والحساب، ومهارات الحياة الأساسية.

وانسجاماً مع الإعلان العالمي حول التربية للجميع، وتحقيقاً لمبدأ العدالة الاجتماعية وتساوي الفرص التعليمية، ينبغي إصلاح النظم التربوية وتجديدها. ويتطلب تحقيق مبدأ المساواة في التعليم جملة من الشروط نذكر منها (الخطيب والحديدي، 2009):

- إعادة التفكير في النظام التربوي بحيث يتم تعديله من نظام جامد إلى نظام مرن يراعي الحاجات الفردية للمتعلمين.
- إعادة النظر في المفاهيم التربوية والتنظيم الصفي والمدرسي بحيث يتم توظيف ما قدمته البحوث العلمية حول التعليم الفعال والمدارس الفعالة.
- التأكيد على حق جميع الطلبة في التعلم ضمن إطار المنهج المدرسي العام وعدم التركيز على جوانب الضعف في أداء الطلبة ذوي الحاجات الخاصة.
- إعادة التفكير بالتنوع والاختلاف بين الطلبة في غرفة الصف بحيث يتم تقبلهما والاحتفاء بهما بدلاً من رفضهما.
- إعادة النظر في معايير الممارسة الميدانية والمساءلة على نحو يسمح بتوفير الفرص الكافية لجميع الطلبة للتعلم بنجاح.

Scanned by CamScanner

القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص المعوقين

ومن المفيد الإشارة هنا إلى أن الجمعية العامة للأمم المتحدة اتخذت قراراً في عام 1993 حددت فيه القواعد الموحدة لتحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص المعوقين. وقد جاءت هذه القواعد بمثابة موجهات للدول النامية على وجه الخصوص لاتخاذ تدابير قانونية لضمان تطوير برامج وخدمات التربية الخاصة والتأهيل. وقد ركزت هذه القواعد على اتخاذ الاجراءات اللازمة لتوعية المجتمع بشأن الأشخاص المعوقين وحقوقهم واحتياجاتهم وامكاناتهم ومساهماتهم، وتزويدهم بالرعاية الطبية الفعّالة، وتوفير خدمات إعادة التأهيل لهم، وتوفير فرص الوصول تحقيقاً لتكافؤ الفرص في جميع مجالات المجتمع، وتحقيق مبدأ المساواة في فرص التعليم في كافة المراحل التعليمية، والتأكيد على أن يكون تعليم الأشخاص المعوقين جزءاً لا يتجزأ من النظام التعليمي. وتؤكد هذه القواعد أيضاً على ضرورة منح الأشخاص المعوقين صلاحية ممارسة حقوقهم الانسان وخصوصاً في ميدان التوظيف، والمحافظة على الدخل والضمان الاجتماعي، وتشجيع مشاركتهم الكاملة في الحياة الأسرية، وتشجع ممارستهم لحقهم في اكتمال الشخصية، وتكفل ألا تميز القوانين ضدهم فيما يتعلق بالزواج وتكوين الأسرة.

إضافة إلى ما سبق، تبرز القواعد أهمية أن تؤمّن الدول اشراك المعوقين في الأنشطة الثقافية وتمكنهم من المساهمة فيها، واتخاذ تدابير تكفل تكافؤ الفرص أمامهم لممارسة الأنشطة الترويحية والرياضية، وتحقيق مشاركتهم على قدم المساواة في الحياة الدينية لمجتمعهم، وجمع وتوزيع المعلومات بشأن أحوالهم المعيشية، والنهوض بأعباء البحوث الشاملة والمتعلقة بكل جوانب حياة هؤلاء الأشخاص.

وأخيراً، تؤكد القواعد على أهمية مراعاة جوانب العجز في جميع ما يتصل بذلك من تقرير السياسات والتخطيط الوطني، وارساء الأسس القانونية للتدابير الرامية الى بلوغ هدفي المشاركة والمساواة الكاملتين للأشخاص المعوقين، وتحمل المسؤولية المالية عن البرامج الوطنية الرامية الى تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين،

Scanned by CamScanner

إنشاء وتعزيز لجان التنسيق الوطنية فيما يتعلق بمسائل العجز، والاعتراف بحق منظمات المعوقين في تمثيل المعوقين على الأصعدة الوطنية والاقليمية والمحلية، وتوفير التدريب الملائم للموظفين المعنيين بتخطيط وتوفير البرامج والخدمات المتعلقة بالأشخاص المعوقين، ورصد وتقييم برامج العجز على الصعيد الوطني، والتعاون ما بين الدول لتحسين الأحوال المعيشية للأشخاص المعوقين.

ويقدم الجزء التالي من هذا الفصل الاجراءات التي اقترحتها الجمعية العامة لتنفيذ تلك القواعد:

القاعدة 1 – التوعية

1 - توزيع معلومات متكاملة عن البرامج والخدمات المتوافرة على الأشخاص المعوقين وأسرهم وعلى المتخصصين في هذا الميدان والجمهور عامة.

2 - مساندة حملات إعلامية بشأن الأشخاص المعوقين وسياسات العجز، تحمل الرسالة التي مفادها أن المعوقين ما هم إلا مواطنون لهم نفس الحقوق التي للآخرين وعليهم نفس التزاماتهم.

3 - تشجيع وسائط الإعلام على اعطاء صورة ايجابية عن الأشخاص المعوقين.

4 - تجسيد مبدأ المشاركة والمساواة الكاملتين في برامج التعليم العام بكل جوانبها.

5 - دعوة المعوقين وأسرهم ومنظماتهم الى المشاركة في برامج التثقيف العام المتصلة بالعجز.

6 - تشجيع مؤسسات القطاع الخاص على ادراج مسائل العجز ضمن كل جوانب نشاطها.

7 - ترويج برامج غايتها أن ترفع، لدى المعوقين، مستوى الوعي بحقوقهم وإمكاناتهم.

Scanned by CamScanner

القاعدة 2 ـ الرعاية الطبية

1 - العمل على تدبير برامج تديرها أفرقة من الفنيين متعددة الاختصاصات وتستهدف الكشف المبكر للعاهة وتقييمها ومعالجتها.

2 - تدريب العاملين في خدمة المجتمعات المحلية على المشاركة في مجالات مثل الكشف المبكر عن العاهات، وتوفير المساعدة الأولية، والإحالة الى الخدمات المناسبة.

3 - ضمان حصول المعوقين، ولا سيما الرضع والأطفال، على رعاية طبية من نفس المستوى الذي يحصل عليه، ضمن النظام نفسه، سائر أفراد المجتمع.

4 - ضمان حصول جميع الموظفين الطبيين وشبه الطبيين على تدريب وتجهيز يفيان بغرض تأمين الرعاية للأشخاص المعوقين، وأن تتيح لهم الوقوف على الأساليب العلاجية الملائمة.

5 - التكفل بتأمين تدريب كافٍ للموظفين الطبيين وشبه الطبيين والموظفين المرتبطين بهم.

6 - ضمان حصول المعوقين على أي علاج منتظم أو أدوية قد يحتاجون اليها في الحفاظ على مستوى أدائهم أو تحسينه.

القاعدة 3 ـ إعادة التأهيل

1 - وضع برامج إعادة تأهيل وطنية لجميع فئات المعوقين.

2 - تضمين هذه البرامج مجموعة واسعة من الأنشطة، مثل التدريب الأساسي الرامي الى تحسين الوظائف المتضررة أو التعويض عنها، وإسداء المشورة الى المعوقين وأسرهم، وبرامج لتنمية الاعتماد على الذات، وخدمات عرضية في مجالات كالتقييم والارشاد.

3 - اتاحة إعادة التأهيل لجميع المعوقين الذين يحتاجون إليها، ومنهم ذوو العجز الشديد.

Scanned by CamScanner

4 - تمكين الأشخاص المعوقين وأسرهم من المشاركة في تصميم وتنظيم خدمات إعادة التأهيل التي تعنيهم بذاتهم.

5 - توفير جميع خدمات إعادة التأهيل في المجتمع المحلي الذي يعيش فيه الشخص المعوق.

6 - تشجيع الأشخاص المعوقين وأسرهم على المشاركة في إعادة التأهيل بوصفهم، مثلاً، معلّمين أو مدربين أو مرشدين.

القاعدة 4 - خدمات الدعم

1 - توفير المعينات والمعدات وخدمات الترجمة الفورية وفقاً لاحتياجات المعوقين.

2 - دعم استحداث وانتاج وتوزيع وصيانة المعينات والمعدات ونشر المعارف بشأنها.

3 - الافادة من الدراية التقنية المتوافرة بشكل عام.

4 - الاعتراف لكل الأشخاص المعوقين الذين يحتاجون الى معينات بحق الحصول، بالطريقة المناسبة، على هذه المعينات، وضمن ذلك تزويدهم بالقدرة المالية التي تتيح لهم الحصول عليها.

5 - دراسة الاحتياجات الخاصة بالفتيات والفتيان المعوقين فيما يتعلق بتصميم هذه المعينات والمعدات ومتانتها ومدى ملاءمتها المتصلة للأعمار.

6 - دعم استحداث برامج المساعدة الشخصية وتقديم خدمات الترجمة الفورية، وخاصة الى ذوي العجز الشديد أو المتعدد.

7 - تصميم برامج المساعدة الشخصية بحيث تتيح للأشخاص المعوقين الذين يتمتعون بها أن يؤثروا تأثيراً حاسماً في الكيفية التي تنفذ بها هذه البرامج.

القاعدة 5 - فرص الوصول

(أ) فرص الوصول الى البيئة المادية

Scanned by CamScanner

1 - اتخاذ التدابير اللازمة لازالة الحواجز التي تعترض سبيل المشاركة في مرافق البيئة المادية، وينبغي أن تتمثل هذه التدابير في وضع معايير ومبادئ توجيهية والنظر في سن تشريعات تكفل ضمان امكانية الوصول الى مختلف الأماكن في المجتمع، مثلا فيما يتعلق بالمساكن والمباني، وخدمات النقل العام وغيرها من وسائل النقل والشوارع وغير ذلك من عناصر البيئة الخارجية.

2 - تمكين المهندسين المعماريين ومهندسي الانشاءات، وغيرهم ممن يشتركون، بحكم مهنهم، في تصميم وتشييد مرافق البيئة المادية، من الحصول على معلومات كافية عن السياسات. المتعلقة بالعجز والتدابير الرامية الى تيسير الوصول الى الأماكن المقصودة.

3 - ادراج مستلزمات تيسير الوصول ضمن تصميم وتشييد مرافق البيئة المادية.

4 - استشارة منظمات المعوقين حول معايير وقواعد تيسير الوصول الى الأماكن المقصودة.

(ب) الحصول على المعلومات واجراء الاتصالات

5 - تمكين الأشخاص المعوقين، وعند الاقتضاء أسرهم والمدافعين عن قضيتهم، من الحصول على معلومات كاملة عن تشخيص حالاتهم وحقوقهم والخدمات والبرامج المتاحة لهم، وذلك في جميع المراحل.

6 - اعداد استراتيجيات لوضع خدمات الإعلام والتوثيق في متناول مختلف فئات المعوقين.

7 - النظر في استعمال لغة الاشارة في تعليم الأطفال الصم ضمن أسرهم ومجتمعاتهم المحلية، وتوفير خدمات الترجمة الى لغة الاشارات لتيسير التخاطب بين الصم وغيرهم من الأشخاص.

8 - النظر في احتياجات من يعانون من حالات عجز أخرى تمنعهم من التخاطب مع غيرهم.

Scanned by CamScanner

9 - تشجيع وسائط الاعلام، وخاصة التلفزيون والاذاعة والصحافة، على جعل خدماتها في متناول الأشخاص المعوقين.

10 - جعل نظم المعلومات والخدمات الجديدة المحوسبة التي تعرض على عامة الجمهور في متناول المعوقين.

القاعدة 6 – التعليم

1 - تحمل السلطات التعليمية العامة مسؤولية تعليم الأشخاص المعوقين في أطر مدمجة.

2 - تقديم خدمات الترجمة الى لغة الاشارة وسائر خدمات الدعم الملائمة.

3 - اشراك المجموعات المؤلفة من الآباء أو الأمهات ومنظمات المعوقين في عملية التعليم على جميع المستويات.

4 - توفير التعليم الالزامي للبنات والبنين ذوي جميع أنواع ودرجات العجز.

5 - توخياً لادراج الترتيبات التعليمية الخاصة بالمعوقين في النظام التعليمي العام، ينبغي للدول:

(أ) أن تكون لها سياسة معلنة بوضوح، ومفهومة ومقبولة على صعيد المدارس وعلى صعيد المجتمع الأوسع؛

(ب) أن تترك مجالاً لمرونة المناهج التعليمية وللإضافة اليها ومواءمتها؛

(ج) أن توفر ما يلزم لتأمين جودة المواد، والتدريب المستمر للمعلمين، والمعلمين الداعمين.

7 - النظر الى التعليم المتكامل والبرامج المجتمعية على أنها ضرورية لتزويد المعوقين بتعليم وتدريب فعالين من حيث التكلفة.

8 - في الحالات التي لا يلبي فيها نظام المدارس العامة على نحو ملائم احتياجات جميع الأشخاص المعوقين، قد ينظر في توفير تعليم خاص. وينبغي أن يهدف الى إعداد الطلاب للتعليم في نظام المدارس العامة. وينبغي أن تعكس نوعية هذا

Scanned by CamScanner

التعليم ذات المعايير والطموحات التي يعكسها التعليم العام وينبغي أن يكون وثيق الارتباط به.

القاعدة 7 – التوظيف

1 – عدم تمييز القوانين والأنظمة السارية في ميدان التوظيف ضد المعوقين، كما يجب ألا تضع العراقيل في سبيل تشغيلهم.

2 – دعم إشراك المعوقين في السوق المفتوحة للتوظيف. ويمكن تحقيق هذا الدعم القوي باتخاذ مجموعة من التدابير، مثل التدريب المهني، أو مخططات الحصص التي تستهدف توفير الحوافز، أو الوظائف المحجوزة أو المخصصة، أو القروض أو المنح المقدمة الى الأعمال الربحية الصغيرة، أو منح عقود حصرية أو أولوية في حقوق الانتاج، أو الامتيازات الضريبية.

3 – تضمين برامج العمل التي تنفذها الدول ما يلي:

(أ) تدابير ترمي الى تصميم أماكن العمل ومباني العمل ومواءمتها بحيث تكون ميسرة للأشخاص المصابين بحالات عجز مختلفة.

(ب) مساندة استخدام التكنولوجيات الجديدة وتطوير وانتاج المعينات والأدوات والمعدات واتخاذ التدابير اللازمة لتيسير حصول المعوقين على هذه المعينات والمعدات، لكي يتمكنوا من الحصول على العمل والحفاظ عليه.

(ج) تأمين التدريب والتنسيب بالشكل الملائم، وتوفير الدعم المستمر، ومن ذلك تقديم المساعدة الشخصية وخدمات الترجمة الفورية.

4 – دعم حملات توعية الجمهور الرامية الى التغلب على الاتجاهات السلبية والتحيزات المتعلقة بالعاملين المعوقين.

5 – توظيف المعوقين في القطاع العام.

6 – تعاون منظمات العمال وأرباب العمل من أجل كفالة اتباع سياسات منصفة في مجال التعيين والترقية، وشروط الخدمة ومعدلات الأجور، واتخاذ تدابير لتحسين

Scanned by CamScanner

بيئة العمل بهدف درء الإصابات والعاهات، وتدابير لإعادة التأهيل للعاملين الذين تلحق بهم إصابات ذات صلة بالعمل.

7 - تمكين المعوقين من العمل في سوق العمل المفتوح. وفيما يتعلق بالأشخاص المعوقين الذين لا يمكن تلبية احتياجاتهم في سوق العمل المفتوح، يمكن أن يتمثل البديل لذلك في توفير وحدات صغيرة من العمالة المحمية أو المدعومة.

8 - اتخاذ التدابير اللازمة لاشراك المعوقين في برامج التدريب والتوظيف في القطاعين الخاص وغير الرسمي.

9 - تعاون منظمات العمال وأرباب العمل مع منظمات المعوقين بشأن جميع التدابير الرامية الى إيجاد فرص التدريب والتوظيف للمعوقين، بما في ذلك نظام ساعات العمل المرنة، والعمل بعض الوقت، واقتسام الوظائف، والعمل المستقل، وخدمات الرعاية بالمنزل.

القاعدة 8 - المحافظة على الدخل والضمان الاجتماعي

1 - توفير الدعم الكافي لدخل المعوقين الذين فقدوا دخلهم أو انخفض دخلهم مؤقتاً، أو حرموا من فرص العمل، نتيجة للعجز أو لعوامل تتصل بالعجز.

2 - عدم استبعاد نظم الضمان الاجتماعي للمعوقين أو عدم انطوائها على تمييز ضدهم.

3 - توفير دعم الدخل للأفراد الذين يضطلعون برعاية شخص معوق.

4 - توفير حوافز لمساعدة المعوقين على استعادة قدرتهم على الكسب.

5 - تقديم حوافز للمعوقين تساعدهم على البحث عن عمل يمكنهم من اكتساب القدرة على الكسب.

6 - مواصلة تقديم دعم الدخل ما دامت حالات العجز قائمة، بطريقة لا تثبط عزم المعوقين عن البحث عن العمل.

7 - تشجيع المجتمعات المحلية ومنظمات الرعاية الاجتماعية والأسر على أن تضع لصالح المعوقين تدابير للعون الذاتي وحوافز على الالتحاق بعمل أو القيام بأنشطة ذات صلة بالعمل.

Scanned by CamScanner

القاعدة 9. الحياة الأسرية واكتمال الشخصية

1 - تمكين المعوقين من العيش مع أسرهم. وينبغي للدول أن تشجع اشتمال الارشاد الأسري على مواد تدريبية مناسبة بخصوص العجز وآثاره في الحياة الأسرية.

2 - عدم حرمان المعوقين من فرصة خوض تجربة تكوين الأسرة. وبالنظر الى أن المعوقين قد تصادفهم صعوبات في الزواج وتكوين الأسر، ينبغي للدول أن تشجع توافر الارشاد الملائم لهم.

3 - اتخاذ التدابير الرامية إلى تغيير ما لا يزال سائداً في المجتمع من مواقف سلبية تجاه زواج المعوقين، وخاصة الفتيات والنساء المعوقات.

4 - تزويد المعوقين وأسرهم بما يلزم من معلومات لاتخاذ الاحتياطات ضد الاستغلال الجنسي وغيره من أشكال الإيذاء.

القاعدة 10 - الثقافة

1 - استثمار القدرات الإبداعية والفنية والفكرية للأشخاص المعوقين، لا لفائدتهم وحدهم بل أيضاً لإثراء مجتمعم المحلي سواء كانوا في المناطق الحضرية أو الريفية.

2 العمل على تيسير دخول المعوقين الى أماكن العروض والخدمات الثقافية، مثل المسارح والمتاحف ودور السينما والمكتبات، وعلى توفير هذه الأماكن.

3 - العمل على تطوير واستعمال ترتيبات تقنية خاصة لوضع المؤلفات الأدبية والأفلام والمسرحيات في متناول المعوقين.

القاعدة 11 - الترويح والرياضة

1 - استحداث تدابير تستهدف تيسير دخول المعوقين الى أماكن الترويح والرياضة، والى الفنادق والشواطئ وساحات الألعاب الرياضية وقاعات الرياضة البدنية، وما الى ذلك.

2 - تشجيع السلطات السياحية ووكالات السفر والفنادق والمنظمات الطوعية وغيرها من الجهات المعنية بتنظيم الأنشطة الترويحية أو فرص السفر على تقديم خدماتها للجميع، مع مراعاة ما للمعوقين من احتياجات خاصة.

Scanned by CamScanner

3 - تشجيع المنظمات الرياضية على إتاحة فرص المشاركة في الأنشطة الرياضية للمعوقين.

4 - إتاحة الفرص للمعوقين المشتركين في الأنشطة الرياضية فرص تعليم وتدريب تعادل في نوعيتها ما يتاح من فرص للآخرين.

القاعدة 12 – الدين

1 - تشجيع التدابير الرامية الى القضاء على التمييز والى تمكين المعوقين من ممارسة الأنشطة الدينية.

2 - توزيع معلومات عن المسائل المتعلقة بالعوق على المؤسسات والمنظمات الدينية.

القاعدة 13 ـ المعلومات والبحوث

1 - جمع الاحصاءات المتعلقة بالجنسين وغيرها من المعلومات عن الأحوال المعيشية للمعوقين.

2 - النظر في امكانية إنشاء بنك للبيانات خاص بالعجز، يضم احصاءات عن الخدمات والبرامج المتاحة وكذلك مختلف فئات المعوقين.

3 - دعم برامج للبحوث عن المسائل الاجتماعية والاقتصادية ومسائل المشاركة التي تمس حياة المعوقين وحياة أسرهم.

4 - تطوير واعتماد مصطلحات ومعايير لاجراء الدراسات الاستقصائية الوطنية.

5 - تيسير مشاركة المعوقين في جمع المعلومات واجراء البحوث.

6 - دعم تبادل نتائج البحوث وتبادل الخبرات.

7 - تعميم المعلومات عن العجز على جميع المستويات السياسية والادارية داخل المجالات الوطنية والاقليمية والمحلية.

القاعدة 14 ـ تقرير السياسات والتخطيط

1 - تخطيط سياسات ملائمة على الصعيد الوطني لصالح المعوقين.

Scanned by CamScanner

2 - اشراك منظمات المعوقين في كل عمليات اتخاذ القرارات بشأن الخطط والبرامج المتعلقة بالمعوقين أو التي تمس أوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية.

3 - ادراج احتياجات المعوقين واهتماماتهم في الخطط الإنمائية العامة، بدلاً من تناولها على حدة.

4 - اتخاذ اجراءات تيسر للمجتمعات المحلية صوغ برامج ووضع تدابير لصالح المعوقين.

القاعدة 15 - التشريع

1 - تضمين حقوق المعوقين وواجباتهم في التشريعات الوطنية.

2 - اتخاذ اجراءات تشريعية للقضاء على الظروف التي قد تؤثر سلباً في حياة المعوقين، بما في ذلك مضايقتهم أو الحاق الأذى بهم.

3 - اصدار التشريعات بشأن المعوقين إما ضمن التشريعات العامة أو ضمن تشريعات خاصة.

4 - النظر في إنشاء آليات قانونية رسمية للنظر في الشكاوى بغية حماية مصالح المعوقين.

القاعدة 16 - السياسات الاقتصادية

1 - ادراج المسائل المتعلقة بالعجز في الميزانيات العادية لجميع الهيئات الحكومية.

2 - تعاون المنظمات غير الحكومية وغيرها من الهيئات المهتمة في دعم المشاريع والتدابير ذات الصلة بالأشخاص المعوقين.

3 - النظر في استعمال تدابير اقتصادية (منح قروض واعفاءات ضريبية واعانات مخصصة وصناديق خاصة وغيرها) لحفز ودعم المشاركة المتكافئة في المجتمع من جانب المعوقين.

4 - إنشاء صندوق انمائي خاص بالعجز يمكن أن يدعم مشاريع نموذجية مختلفة وبرامج المساعدة الذاتية على مستوى القاعدة الشعبية.

Scanned by CamScanner

القاعدة 17 ـ تنسيق العمل

1 - تشكيل لجنة للتنسيق وطنية أو هيئة مماثلة دائمة، وينبغي أن تستند الى أنظمة قانونية وكذلك أنظمة ادارية مناسبة.

2 - ضم جهود ممثلي المنظمات العامة والخاصة الى بعضها.

3 - تمكين منظمات المعوقين من لعب دور كبير في لجنة التنسيق الوطنية.

4 - منح لجنة التنسيق الوطنية قدراً من الاستقلال الذاتي والموارد، يمكنها من الوفاء بمسؤولياتها فيما يتعلق بقدراتها على صنع القرار. وينبغي لها أن ترفع تقاريرها الى أعلى الجهات الحكومية.

القاعدة 18 ـ منظمات المعوقين

1 - تشجيع ودعم إنشاء وتعزيز منظمات للمعوقين وأفراد أسرهم و/أو المدافعين عن قضيتهم.

2 - اقامة اتصالات مستمرة مع منظمات المعوقين واشراكها في وضع السياسات الحكومية.

3 - اشراك منظمات المعوقين في تحديد الاحتياجات والأولويات، والمشاركة في تخطيط وتنفيذ وتقييم الخدمات والتدابير المتعلقة بحياة المعوقين، والاسهام في نشر الوعي لدى الجماهير.

4 - قيام منظمات المعوقين بتوفير وتعزيز الفرص لتطوير المهارات في مختلف الميادين، وتعزيز الدعم المتبادل بين أعضائها وتقاسمهم للمعلومات.

5 - تطوير وتعزيز دور منظمات المعوقين المحلية، ضماناً لممارسة تأثيرها في مجرى الأمور على مستوى المجتمعات المحلية.

القاعدة 19 ـ تدريب الموظفين

1 - قيام جميع الجهات التي تقدم الخدمات في مجال العجز بتوفير تدريب مناسب لموظفيها.

Scanned by CamScanner

2 - توضيح مبدأ المشاركة والمساواة الكاملتين بوضوح في تدريب العاملين في مجال العجز.

3 - صوغ البرامج التدريبية بالتشاور مع منظمات المعوقين، كما ينبغي اشراك أشخاص معوقين، كمدرسين أو مدربين أو مستشارين، في برامج تدريب الموظفين.

القاعدة 20 ـ رصد وتقييم برامج العجز على الصعيد الوطني من خلال:

1 - اجراء تقييم للبرامج الوطنية المعنية بالعجز، والعمل على نشر أسس ونتائج عمليات التقييم بصفة دورية ومنتظمة.

2 - تطوير واعتماد ما يلزم من المصطلحات والمعايير لتقييم البرامج والخدمات التي تتصل بمجال العجز.

3 - اعداد هذه المعايير والمصطلحات منذ بداية المراحل المفاهيمية والتخطيطية، بالتعاون الوثيق مع منظمات المعوقين.

4 - المشاركة في التعاون الدولي من أجل وضع معايير مشتركة للتقييم الوطني في مجال العجز.

5 - ترسيخ عملية تقييم مختلف البرامج في مجال العجز منذ مرحلة التخطيط، لكي يتسنى تقدير فعاليتها الشاملة في تحقيق أهدافها المتعلقة بالسياسات.

القاعدة 21 ـ التعاون التقني والاقتصادي

1 - ادراج التدابير الرامية الى تحقيق تكافؤ الفرص لصالح المعوقين في البرامج الإنمائية العامة.

2 - ادراج هذه التدابير في جميع أشكال التعاون التقني والاقتصادي، الثنائي والمتعدد الأطراف، والحكومي وغير الحكومي.

3 - ايلاء عناية خاصة، لدى تخطيط واستعراض برامج التعاون التقني والاقتصادي الى آثار هذه البرامج في أحوال المعوقين.

Scanned by CamScanner

4 - تنمية الموارد البشرية عن طريق تنمية مهارات المعوقين وقدراتهم وطاقاتهم والشروع في تنفيذ أنشطة توفر فرص العمل بحيث تبذل لصالح المعوقين ويضطلع بها المعوقون أنفسهم.

5 - اتخاذ تدابير لتحسين المعارف المتصلة بمسائل العجز في أوساط الموظفين المعنيين، على كل المستويات، بادارة برامج التعاون التقني والاقتصادي.

القاعدة 22 - التعاون الدولي

1 - ينبغي للدول أن تشارك، في اطار الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة وغيرها من المنظمات الحكومية الدولية المعنية، في وضع سياسة عامة متعلقة بالعجز.

2 - ينبغي للدول، حيثما اقتضى الأمر، ادراج جوانب العجز في المفاوضات العامة بشأن المعايير وتبادل المعلومات والبرامج الإنمائية وما الى ذلك.

3 - ينبغي للدول أن تشجع وتدعم تبادل المعارف والخبرات فيما بينها.

4 - ينبغي أن تتأكد الدول من أن الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة، وكذلك الهيئات الحكومية الدولية والهيئات التداولية الدولية العاملة على الصعيدين العالمي والاقليمي، تشرك في أعمالها منظمات المعوقين العالمية والاقليمية.

وهكذا فقد بيّن هذا الفصل أن خدمات وبرامج التربية الخاصة والتأهيل للأطفال والشباب ذوي الإعاقات المختلفة في معظم الدول النامية لم تعد نتاج جهود عاطفية غير منتظمة بل إنها أصبحت ذات أسس قانونية تعترف بحقوق الأشخاص المعوقين وتضع الموجهات والأسس التشريعية لتلبية تلك الحقوق من جهة ودرء الاعتداء على تلك الحقوق من جهة أخرى. وأشار الفصل إلى أن انبثاق قوانين التربية الخاصة في الدول النامية جاء بتأثير من القوانين الغربية ذات العلاقة وانسجاماً مع الإعلان العالمي حول التربية للجميع. لكن الفروق في تشريعات وقوانين التربية الخاصة والتأهيل لا تزال جلية بين الدول المتقدمة والدول النامية. وبيّن الفصل أن من أهم تلك الفروق أن التشريعات في الدول المتقدمة تلزم المجتمعات بتقديم البرامج

Scanned by CamScanner

التربوية والخدمات الاجتماعية والصحية الملائمة لهؤلاء الأفراد وصولاً بهم إلى أقصى ما تسمح به قدراتهم وتضع آليات عملية لإنفاذ تلك القوانين والمساءلة بشأنها. أما في الدول النامية، فالمواد القانونية لا تحدّد بوضوح نوع التدابير، أو تنظيمها، أو محتواها. وفي وجود البنود القانونية العامة والهلامية غير القابلة للتحقق عملياً يبقى الأمر متروكاً لحسن النوايا وبالتالي غياب آليات المتابعة والمحاسبة. ولعل الدول النامية قد تأثرت بشكل أكبر بتوجهات الأمم المتحدة بهذا الشأن. فقد بذلت الأمم المتحدة (التي تأسست على مبدأ تحقيق المساواة للجميع والتي يؤكد ميثاقها كرامة كل إنسان ويدعو إلى تعزيز العدالة الاجتماعية) جهوداً متواصلة لدعم جهودهم. وقد قدم هذا الفصل وصفاً موجزاً لأهم تلك الجهود.

Scanned by CamScanner

المراجع

حقوق الإنسان: مجموعة صكوك دولية، المجلد الأول، الأمم المتحدة، نيويورك، 1993.

الخطيب، جمال، الحديدي، منى (2009). قضايا ومشكلات حديثة في التربية الخاصة. دار وائل، عمان – الأردن.

Szechtman, D. (2006). Equality in education and a school board's duty of accommodation: Can segregation be accommodation? *Exceptionality Education Canada*, v16 n1 p71-94.

Innes, G. (2007). Towards ratification of the convention on the rights of persons with disabilities--and why it matters for education of people with disability in Australia. *Australasian Journal of Special Education*, v31 n2 p83-88.

Tardif-Williams, et al. (2007). Comparison of interactive computer-based and classroom training on human rights awareness in persons with intellectual disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities*, v42 n1 p48-58.

Ysseldyke, J. & Algozzine, B. (2006). *The legal foundations of special education: A practical guide for every teacher*. Corwin Press.

Scanned by CamScanner

الفصل الرابع عشر

الأسس المهنية والأخلاقية للتربية الخاصة

Scanned by CamScanner

مقدمة

لقد بادرت دول عديدة إلى تبني مدونات للسلوك المهني لوضع حد للأخطاء في الممارسات التربوية (Khandelwal, & van Nuland, 2006) ولضمان حق الأطفال ذوي الإعاقة في تلقي تربية مناسبة وخدمات فعالة. ولتحقيق مثل هذه الأهداف، تم تطوير وتحديث السياسات المتعلقة بتعليم الطلبة ذوي الإعاقة في العقود الماضية. لكن الاهتمام تركز على قضايا مثل التعريف والتقييم . وبالمقابل لم تحظ نوعية الخدمات والبرامج بالاهتمام الذي تستحقه. وبناء على ذلك، أوصى عدد من الكتّاب ومنهم جليني (Glenny, 2005) بضرورة التركيز على أخلاقيات التدخل العلاجي.

وقد ظلت التربية الخاصة في الدول المتقدمة إلى عهد قريب وما تزال في معظم دول العالم حتى هذا اليوم شبه مهنة (Semi – profession). وفي ضوء التطور العلمي والتطبيقي الذي شهده هذا الميدان في العقود الثلاثة الماضية، بدأت الدعوات تتوالى لتطوير معايير للممارسة المهنية المرموقة في التربية الخاصة. وتمثل أول جهد منظم لنقل التربية الخاصة من شبه مهنة إلى مهنة مرموقة بمبادرة المجلس الأمريكي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة (Council for Exceptional Children, 1983) إلى تبني معايير الممارسة المهنية في هذا الميدان.

وقد اعتمد المجلس الوطني الأمريكي لاعتماد تدريب المعلمين (The National Council for the Accreditation of Teacher Education) المعروف اختصاراً ب (NCATE) منذ بضع سنوات معايير تدريب وترخيص معلمي التربية الخاصة. والجدير بالذكر أن هذه المعايير تغطي ثلاثة مجالات أساسية هي: (1) معايير الخبرات الميدانية والممارسات العيادية Field Experiences and Clinical Practice Standards، (2) معايير نظم التقييم Assessment System Standards ، (3) معايير محتوى برامج التربية الخاصة Special Education Content Standards.

Scanned by CamScanner

كل المهن العريقة لها مدونات سلوك مهني

وقد وضع المجلس الأمريكي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة معايير للممارسة المهنية في كل من المجالات التالية:

- معايير الممارسة المهنية لمعلمي التربية الخاصة الجدد (المبتدئين)
- معايير الممارسة المهنية للمناهج الدراسية العامة
- معايير الممارسة المهنية للمناهج الاستقلالية
- معايير الممارسة المهنية لمعلمي الأطفال الصم
- معايير الممارسة المهنية للتربية الخاصة في الطفولة المبكرة
- معايير الممارسة المهنية لمعلمي الأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية
- معايير الممارسة المهنية لمعلمي الأطفال الموهوبين والمتفوقين
- معايير الممارسة المهنية لمعلمي الأطفال ذوي صعوبات التعلم
- معايير الممارسة المهنية لمعلمي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية
- معايير الممارسة المهنية لمعلمي الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية
- معايير الممارسة المهنية لمعلمي الأطفال المكفوفين وضعاف البصر
- معايير الممارسة المهنية للتشخيص التربوي
- معايير الممارسة المهنية لمديري التربية الخاصة

Scanned by CamScanner

- معايير الممارسة المهنية للمتخصصين في التكنولوجيا المساندة والمكيفة
- معايير الممارسة المهنية للمتخصصين في خدمات الانتقال
- معايير الممارسة المهنية لمساعدي المعلمين
- معايير البحوث العلمية في ميدان التربية الخاصة

ومن الجدير بالذكر أن معظم الجامعات الغربية التي تحرص على تحقيق شروط الاعتماد أصبحت تستند في تصميمها للخطط الدراسية في برامج البكالوريوس في التربية الخاصة إلى معايير الممارسة المهنية المرعية. بعبارة أخرى، أصبح هذا النوع من البرامج موجّهاً نحو تحديد المهارات والمعارف التي ينبغي على المعلمين اكتسابها لتعليم الطلبة ذوي الإعاقات المختلفة بشكل فعال. فذلك أصبح يشكل أحد متطلبات الحصول على رخصة لمزاولة مهنة التربية الخاصة في الدول المتقدمة. كذلك أصبحت الخطط الدراسية متسقة مع المعايير التي يتبناها المجلس الأمريكي للاطفال ذوي الحاجات الخاصة، والمعايير التي تقترحها دوائر التربية وغيرها من الجهات ذات العلاقة.

Council for Exceptional Children

The voice and vision of special education

المجلس الأمريكي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: أدوار ريادية في تطوير مهنة التربية الخاصة

Scanned by CamScanner

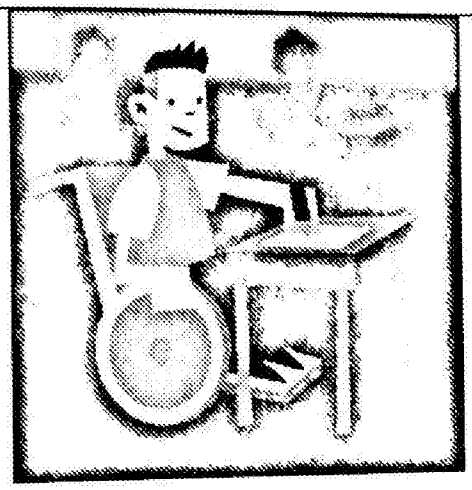
الوضع المهني الراهن للتربية الخاصة

تواجه مهنة التربية الخاصة في مطلع الألفية الثالثة أزمات فلسفية وتتعرض لانتقادات لاذعة ويوجّه إليها الاتهامات. فغايات هذه المهنة وأساليبها أصبحت تثير جدلاً كبيراً. وفي حين يرى بعضهم أن التربية الخاصة أضحت مهنة أكثر نضجا يرى آخرون أنها هرمت. ومن أكثر القضايا سخونة في ميدان التربية الخاصة في الوقت الحالي: القضايا المتصلة بالدمج الشامل، والممارسات التعليمية، وممارسات القياس والتقييم، والعلاقات بين المعلمين وأولياء الأمور، وأوضاع المعلمين، وتشجيع التعاون بين المهنيين، وفاعلية البرامج، والفجوة بين البحث العلمي والممارسة الميدانية، وتطبيقات التكنولوجيا، والتدخل المبكر، والقضايا والممارسات المتعلقة بالخدمات والتربية الانتقالية (الخطيب، 2008).

على أن الهدف الذي يصبو إليه الجميع هو تحسين نوعية الحياة للأفراد المعوقين مع أن تعريف مصطلح نوعية الحياة ما يزال غير واضح رغم استخدامه بشكل متكرر. فالمجتمعات المعاصرة تبذل جهوداً كبيرة للدفاع عن حقوق الأشخاص المعوقين وتواصل سعيها نحو تطبيق مبادئ حقوق الإنسان، والعدالة الاجتماعية، وتكافؤ الفرص، وقبول التنوع، ومناهضة التمييز. وتسعى المجتمعات لحماية الحقوق المدنية لهؤلاء الأطفال وتحسين أنماط حياتهم عن طريق سن التشريعات، وتعديل الاتجاهات وأنماط الخدمات التي يتم تقديمها لهم سواء أكانت تعليمية أو تأهيلية أو صحية أو اجتماعية أو غير ذلك لكي تصبح ظروف حياتهم قريبة قدر الإمكان من ظروف حياة الأفراد الآخرين في المجتمع. ورغم التقدم الذي أحرزه ميدان التربية الخاصة، ما تزال تحديات كبيرة تواجه الأسر والمهنيين.

Scanned by CamScanner

وفي الوقت الراهن، تحظى حركة الدمج المناهضة للعزل والإيواء اهتماماً غير مسبوق. لكن الدمج عموماً والدمج الشامل خصوصاً من أكثر الممارسات صعوبة وإثارة للجدل في تاريخ التربية الخاصة. فوضع هذا التوجه موضع التنفيذ يواجه صعوبات جمة في معظم الدول رغم التزامها المبدئي به. ويحذر البعض (Kauffman & Hallahan, 2005) من الدعوات المتطرفة لتنفيذ الدمج الشامل وإلغاء التربية الخاصة لأن ذلك برأيهم سيعيد عقارب الساعة للوراء.



من حق الأطفال ذوي الإعاقة أن يتعلموا في المدارس العامة التي يتعلّم فيها جميع الأطفال

وتبدي المجتمعات المعاصرة أيضاً اهتماماً متزايداً بالتدخل المبكر أو ما يعرف بالتربية الخاصة في الطفولة المبكرة. فقد دعمت البحوث العلمية في العقود الثلاثة الماضية فاعلية التدخل المبكر، خاصة إذا كان مبكراً ومكثفاً أكثر، وإذا كانت مشاركة الأسرة أكبر.

وبالمثل، يشهد ميدان التربية الخاصة حالياً زيادة كبيرة في استخدام التكنولوجيا المساندة والمكيفة في تعليم الطلبة ذوي الإعاقات. فهذه التكنولوجيا ممثلة بالأجهزة والأدوات المساعدة في تأدية المهارات اليومية، والمهارات

Scanned by CamScanner

الأكاديمية، والمعينات السمعية والبصرية والحركية، وغيرها، تسهم حالياً في منح الأفراد ذوي الإعاقات مزيداً من الاستقلالية.

وثمة دعوات أيضاً لإصلاح التربية الخاصة من خلال إعادة التفكير بالأطر الإدارية والتنظيمية المعتمدة بغية توفير برامج تستطيع تحقيق نتائج أفضل للأطفال المعوقين. وبوجه عام، يتطلب هذا الأمر من الباحثين والممارسين وصانعي السياسات تقييم فاعلية البرامج والخدمات وتحسينها باستمرار استناداً إلى البحث والتطوير .فالأصل أن لا يكون للممارسات التربوية القائمة على العُرف والسطحية مكان في التربية الخاصة المعاصرة.

ونظراً لكون التقييم حجر الأساس في تحديد حاجات المتعلم ومستوى أدائه والبرامج التي يحتاج إليها، ولأن قرارات حاسمة تتخذ في ضوء القياس والتشخيص ولأن أخطاء متنوعة قد تحدث فيهما فإن دولاً عديدة لجأت إلى التشريع لوضع ضوابط ومعايير للتقييم لضمان الموضوعية، والعدالة، وعدم التحيز (Salvia & Ysseldyke, 2001). وبإيجاز، تتمثل أهم القضايا التي تشغل الباحثين والممارسين في هذا الخصوص بتوفير أدوات تقييم أكثر دقة، وتدريب الكوادر لتطبيقها، وربطها بالبرمجة بشكل وثيق وذي معنى، وتوظيف نتائجها بحكمة، والاستعانة بالتكنولوجيا لتصميمها وتوثيق نتائجها وتحليلها، وإعطاء المزيد من الاهتمام للتقييم غير الرسمي، والاستخدام المتزايد للاختبارات المعدلة أو ما يعرف بالتقييم البديل.

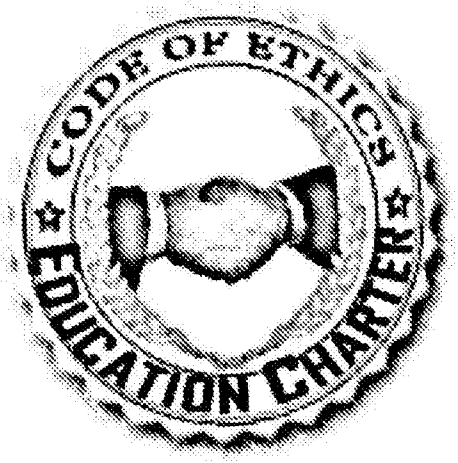
وتتمثل إحدى التحديات الرئيسة التي تواجه الدول حالياً في ميدان التربية الخاصة في إعادة التفكير باستراتيجيات تدريب وتمكين الكوادر التي تعمل مع الأشخاص المعوقين سواء على مستوى التدريب قبل الخدمة أو التدريب في أثناء الخدمة. إلا أن الكوادر كثيراً ما يتم تشجيعها على تطوير نفسها مهنياً دون أن تتاح لها فرص التطور المهني الحقيقي. وثمة خطر في أن تبقى الممارسات رهينة أفكار الأمس

Scanned by CamScanner

دون تدريب مهني فعال ودون تحديث متواصل لمعرفة الكوادر التي تعمل يومياً مع الأطفال المعوقين.

الأسس الأخلاقية للتربية الخاصة

تتعلق الأخلاقيات بكيفية معاملة الناس لبعضهم البعض وبما هو صواب وما هو خطأ. ويختلف الممارسون من حيث تعريفهم للسلوك الأخلاقي تبعاً للنظرية والفلسفة التي يتبنوها. وعلى الرغم من أن كل ممارس قد يتبنى جملة مختلفة من القيم والمبادئ المهنية التي يصدر أحكامه على ضوئها، فالأساس هو أن يتصرف الممارس بطريقة مسؤولة ومحترمة ويتعامل بثقة مع الزملاء والمشرفين والمنتفعين من الخدمات (Bozarth, 1981).



تعتمد المهن العريقة قواعد أخلاقية معلنة للتصرف مع المنتفعين من الخدمات وأسرهم ومع الزملاء

ومن خصائص المهن المرموقة أنها تعتمد على قواعد أخلاقية معلنة وواضحة للتصرف مع المنتفعين من خدماتهم وأسرهم، ومع زملائهم في المهنة، ومع المجتمع بوجه عام. ولا شك في أن الأخصائيين الذين يقدّمون الخدمات للأشخاص ذوي

Scanned by CamScanner

الإعاقة يجب أن يوظفوا المعرفة التي يمتلكونها بطريقة أخلاقية تتفق ورسالة مهنتهم. ويتم توضيح تلك الطريقة من خلال تبني ما يعرف بالدستور الأخلاقي للمهنة. فتعريف المهن المرموقة يستند إلى جملة من المعايير منها أن الممارسين لهذه المهنة يطبّقون الدستور الأخلاقي لمهنتهم. والغاية الرئيسية من الدستور الأخلاقي في مجال التربية الخاصة تزويد المعلمين وغيرهم من مقدمي الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة بموجهات للتصرف المهني اللائق في المواقف التي يتعرضون لها في الممارسة الميدانية (Tarvydas, 2004). علاوة على ذلك، فالدستور الأخلاقي يطمئن المجتمع أن الخدمات التي يتم تقديمها ذات مستوى رفيع، ويحدد مسؤوليات الممارس ويحمي حقوق المنتفع من الخدمات، ويشجع الممارسين على التصرف بطريقة مناسبة عند مواجهة صعوبات في العمل.

وينبغي أن يكون هناك جملة من العمليات الفعّالة التي تحكم الممارسة الأخلاقية لاعطاء معنى للمعايير المهنية ولتحسين مكانة المهنة في المجتمع. وتوجه هذه العمليات الممارسين من خلال التدريب قبل الخدمة والتدريب أثناء الخدمة ومن خلال التفاعلات الاجتماعية مع الممارسين الآخرين في الميدان. وقد تكون هذه العمليات منبثقة عن القوانين وهي تصبح عندئذ إلزامية وقد تكون منبثقة عن معتقدات المتخصص حول ما يمثل الأفضل لمهنته وللأشخاص الذين يتلقون خدماتها (Tarvydas, 2004).

ويتوقع من الجامعات التي تقدم برامج تطوير مهني وتنفذ بحوثاً علمية أن تفعل ذلك وفق أخلاقيات المهنة وأخلاقيات البحث العلمي. لكن الواقع في الجامعات العربية غير ذلك حيث نادراً ما يتم تعريف الطلبة بأخلاقيات مهنة التربية الخاصة بشكل مباشر ومحدد. ونادرا ما تشكل الجامعات لجاناً لأخلاقيات البحث العلمي ولذلك نجد أن الطلبة الباحثين لا يأتون على ذكر هذه الأمور بالرغم من أهميتها. وبالمثل، لا تعالج المنظمات والمجالس ذات العلاقة بمهنة التربية الخاصة في الدول العربية القضايا المتصلة باخلاقيات المهنة بشكل منهجي منظم.

Scanned by CamScanner

وقد توالت الدعوات في العقدين الماضيين لتطوير معايير للممارسة الأخلاقية في التربية الخاصة. وتمثل أول جهد منظم في هذا الخصوص بمبادرة المجلس الأمريكي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة (Council for Exceptional Children, 1983) إلى تبني دستور أخلاقي للتربية الخاصة جنباً إلى جنب مع جملة من المعايير للممارسة المهنية المرموقة في هذا الميدان. وشملت المبادئ الأخلاقية الأساسية التي حددها المجلس ما يلي:

كل الأطفال قادرون على التعلّم

1. يلتزم العاملون في ميدان التربية الخاصة بتطوير القدرات التعليمية ونوعية الحياة للأشخاص المعوقين إلى أقصى حد ممكن.
2. يحرص العاملون في ميدان التربية الخاصة على تشجيع و بلوغ مستوى عال من الكفاءة والتكامل في ممارستهم لمهنتهم.
3. ينفذ العاملون في ميدان التربية الخاصة أنشطة تعود بالنفع على الأشخاص المعوقين، وأسرهم، والزملاء في العمل، والطلبة المتدربين.
4. يتخذ العاملون في ميدان التربية الخاصة أحكاماً مهنية موضوعية في ممارساتهم.
5. يسعى العاملون في ميدان التربية الخاصة إلى تطوير معرفتهم ومهاراتهم فيما يتصل بتعليم الأشخا ص المعوقين.

Scanned by CamScanner

6. يعمل العاملون في ميدان التربية الخاصة وفقاً لمعايير مهنتهم وسياساتها.
7. يسعى العاملون في ميدان التربية الخاصة إلى تحسين القوانين والإجراءات المتبعة في تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات الأخرى المساندة.
8. لا يشجع العاملون في ميدان التربية الخاصة ولا يشاركون في ممارسات غير أخلاقية أو غير قانونية ولا يخالفون المعايير المهنية المتفق عليها.

وكان لمثل هذه المبادرة أهداف متنوعة من أهمها أنها تقدم معايير الممارسة الميدانية وتدريب المعلمين. وقد تبنت المنظمات والجمعيات المهنية في أمريكا ودول العالم المختلفة تباعاً تلك المعايير أحياناً كما هي دون تعديل وأحياناً أخرى بصور معدلة ومكيفة. وكما أشار هيلر (Heller, 1983) فالدستور الأخلاقي يعمل بمثابة الضمير للتربية الخاصة حيث أنه يبين مواصفات الممارسة الجيدة والصحيحة.

الافتراضات التي يستند إليها الدستور الأخلاقي للتربية الخاصة

تستند هذه الأخلاقيات إلى جملة من المعتقدات التي تمثل مبادئ السلوك الأخلاقي المناسب التي يعمل في ضوئها معلمو التربية الخاصة. وتستند هذه الافتراضات بدورها إلى فلسفة التربية الخاصة التي تقوم على احترام كرامة جميع الناس وقيمتهم. وهي فلسفة تقدر الاستقلالية ودمج الأفراد المعوقين وغير المعوقين في العمل والمجتمع. وتتبنى التربية الخاصة فلسفة تقضي بدمج الأفراد المعوقين، حيثما كان ذلك ممكنا، في البيئات الأقل تقييداً. وتتضمن هذه الفلسفة التزاماً بتوفير فرص متساوية للأفراد المعوقين للمشاركة في كافة الحقوق والامتيازات المتاحة لجميع الناس وتوفير عدالة متساوية استناداً إلى التكييف والتعديل. علاوة على ذلك، تتضمن هذه الفلسفة التزاما بدعم الأفراد المعوقين عن طريق الجهود الدفاعية لتمكينهم من تحقيق الاستقلالية. وبلغة أخرى، تتمثل فلسفة التربية الخاصة في التأكيد على الثوابت التالية:

Scanned by CamScanner

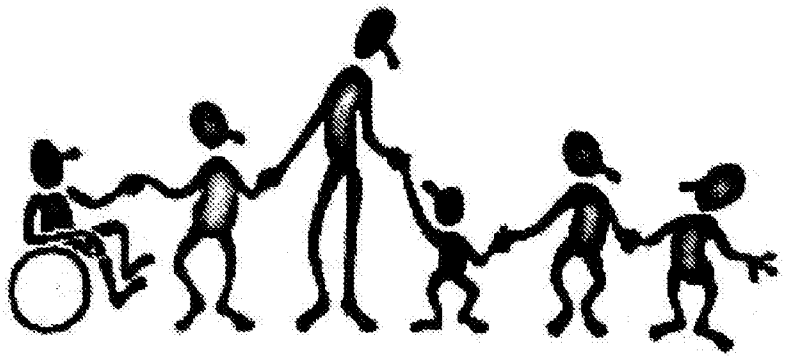
(1) يتمتع الشخص المعوق بكافة الحقوق الأساسية التي يتمتع بها الأشخاص الآخرون.

(2) الإنسان كل متكامل، وعليه فبرامج التربية الخاصة الفعالة هي برامج شاملة ومتعددة العناصر.

(3) الشخص المعوق له حاجاته الفردية، وبناء عليه ينبغي على برامج التربية الخاصة أن تكون فردية.

(4) مشاركة الشخص المعوق في العملية التأهيلية أمر لا غنى عنه، فالتربية الخاصة ليست نظاماً يفرضه القوي على الضعيف.

(5) التربية الخاصة لها جدوى إنسانية واقتصادية.



من أهم قيم التربية الخاصة وأخلاقياتها احترام كرامة جميع الناس وقيمتهم

وفي الوقت ذاته، ثمة التزام في هذه الفلسفة بتقديم الخدمات في البيئات العادية غير المعزولة. وتتبنى هذه الفلسفة حق المنتفع في الاختيار والاعتماد على النفس. وتتضمن هذه الفلسفة كذلك الكشف عن كافة المعلومات التي يحتاج الشخص المعوق إليها لاتخاذ قرار ما ووعي تلك المعلومات، وموافقته بمحض إرادته على المشاركة في أي برنامج أو نشاط دون إكراه. فالمنتفع من خدمات التربية الخاصة قادر على توجيه حياته ويجب احترام حقه في اختيار علاقاته وأهدافه.

Scanned by CamScanner

وتؤكد فلسفة التربية الخاصة على جوانب القوة لدى الشخص المعوق وعلى المصادر المتاحة في بيئته. ويتم النظر إلى الأفراد بوصفهم يتفاعلون ضمن سياقات حياتية متعددة وخاصة في السياقات الأسرية والثقافية. وينصب الاهتمام على التكيف والتعديل، ومن وجهة نظر ايكولوجية فذلك يعني التوجه نحو تحقيق نوعية حياة أفضل للشخص المعوق. وتختلف فلسفة التربية الخاصة من ثقافة إلى أخرى. وبناء على ذلك، يجب تعريف وفهم كل من هذه المفاهيم في السياق الثقافي.

كذلك فإن فلسفة التربية الخاصة تتمثل في التحول من التركيز على حل المشكلات على مستوى الفرد إلى التوجه نحو منحى بيئي ثقافي في حل المشكلات، ومن التركيز على المؤسسات المتخصصة إلى المشاركة المجتمعية، ومن العمل الخيري إلى الحقوق المدنية، ومن نماذج التدريب المعزولة إلى نماذج توظيف وعيش مستقل مدمج في المجتمع ومدعوم منه، ومن نموذج مرضي يركز على المرض والاعتلال إلى نموذج صحي يركز على النمو ومراحل الحياة.

لقد أشرنا إلى أن فلسفة التربية الخاصة تقوم على الاعتقاد بكرامة وقيمة الناس جميعا. ويجب أن تعكس اللغة المستخدمة في الممارسة الميدانية هذه القناعة وتعززها أيضاً. ويقترح مراعاة القواعد التالية عند الإشارة للإعاقات سواء في التواصل اللفظي أو الكتابي:

1. الامتناع عن اطلاق المسميات على الأفراد بناء على إعاقاتهم وتجنب المبالغة في وصف شدة تلك الإعاقة. فلأن الفرد ليس الإعاقة، يجب فصل المفهومين عن بعضهما البعض.
2. استخدام تعبيرات محايدة عاطفياً. فالمصطلحات من قبيل "الضحية"، و"المصاب"، و"الشخص الذي يعاني" هي تعابير غير مفضلة لها نبرة سلبية مبالغ فيها وتوحي بأن الفرد عديم الحيلة على الدوام. وفي ضوء ذلك، ينبغي الامتناع عن استخدام اللغة: (أ) التي تساوي بين الفرد وإعاقته (مثلاً: المعوق أو المشلول)، (ب) ذات

Scanned by CamScanner

الطبيعة السلبية (مثلاً: ضحايا مرض الايدز)، (ج) التي تنطوي على الطعن أو القدح (مثلا: المقعدون).

3. الإشارة إلى الفرد وليس إلى إعاقته فالمصطلحات المفضلة هي التي تمتنع عن الإيحاء بأن الفرد ككل هو فرد معوق.

الدستور الأخلاقي لمهنة التربية الخاصة

يترجم الدستور الأخلاقي لمهنة التربية الخاصة إجرائياً إلى المعايير المهنية التالية:

1. علاقة المهنيين بالأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم

(1-1) المسؤوليات التعليمية

- إن العاملين في ميدان التربية الخاصة يحرصون على توظيف خبرتهم المهنية لضمان حصول جميع الأشخاص ذوي الحاجات التربوية الخاصة على البرامج التربوية الفعّالة. ويتوخى العاملون في هذا الميدان
- تحديد واستخدام الطرائق التعليمية والمناهج المناسبة لهذا الميدان من جهة والملائمة والفعالة في تلبية حاجات الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة من جهة أخرى.
- المشاركة في اختيار واستخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمواد والأدوات الأخرى التي تتطلبها الممارسة الفعالة في الميدان.
- تصميم بيئة تعليمية آمنة وفعّالة تسهم إيجاباً في تلبية الحاجات الخاصة واستثارة الدافعية للتعلّم وتحسين مستوى مفهوم الذات.
- تحديد عدد الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في الفصل الدراسي الواحد على نحو يسمح بتلبية حاجاتهم التعليمية على أحسن وجه ممكن.
- استخدام أدوات وإجراءات القياس التي لا تميز ضد الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة على خلفية العرق أو اللون أو الجنس أو العمر أو فئة الإعاقة أو الانتماء.

Scanned by CamScanner

- الاعتماد في تحديد الدرجات والترفيع والتخريج أو إنهاء الخدمات المقدمة على الأهداف الفردية للشخص ذي الحاجات الخاصة.
- تقديم معلومات صادقة عن البرامج للإداريين والزملاء وأولياء الأمور اعتماداً على ممارسات تسجيل وملاحظة موضوعية بغية اتخاذ القرارات الملائمة.
- المحافظة على السرية التامة للمعلومات إلا إذا كان هناك ظروف خاصة ويوافق عليها أولياء الأمور.

(2-1) ضبط السلوك

- يتعاون العاملون في ميدان التربية الخاصة مع المهنيين الآخرين ومع أولياء أمور الأفراد ذوي الحاجات الخاصة ضمن فريق من أجل ضبط السلوك. ويعمل هؤلاء على تحقيق ذلك من خلال:
- تطبيق أساليب تعديل السلوك التي تدربوا على استخدامها والتي لا تحرم الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة من حاجاتهم الأساسية.
- تحديد الأهداف المرجوة في ممارسات الضبط السلوكي بدقة ووضوح في البرنامج التربوي للشخص ذي الحاجات الخاصة.
- احترام التنظيمات والتعليمات التي تقرها المؤسسات/المنظمات المحلية فيما يتعلق بضوابط عملية تعديل السلوك واستخدام إجراءات الضبط السلوكي.
- اتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع الزملاء من القيام بالسلوك الذي يضر بمصلحة الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.
- الإمتناع عن استخدام الأساليب المنفرة إلا إذا أخفقت محاولات استخدام طرق الضبط الأخرى وذلك بعد استشارة الوالدين وصانعي القرار في المؤسسة.

Scanned by CamScanner

(3-1) إجراءات الدعم

(1-3-1) تقديم التوجيه والإشراف الكافيين للعاملين في ميدان التربية الخاصة قبل ان يوكل إليهم تقديم الخدمات الداعمة التي لم يتم تدريبهم عليها سابقاً.

- يستطيع العاملون في ميدان التربية الخاصة إعطاء العقاقير الطبية الموصوفة طبياً للأشخاص ما لم يكن هناك تعليمات تنص على عدم جواز ذلك، وإذا كان العامل في الميدان أهلاً لذلك أو إذا كانت التعليمات مكتوبة في ملف الشخصي وتوضح أهداف العقاقير والظروف التي تعطى فيها والتأثيرات السلبية المحتملة لها واسم الطبيب المختص ورقم هاتفه.
- يقوم العاملون في ميدان التربية الخاصة بملاحظة التغيرات التي تطرأ على سلوك الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة عند تناول العقاقير الطبية ويوصلون تلك المعلومات للجهات ذات العلاقة.

(4-1) العلاقات مع الوالدين

- يحرص العاملون في ميدان التربية الخاصة على تطوير العلاقات مع الوالدين استناداً إلى الاحترام المتبادل لدور كل من الطرفين في تحقيق الأهداف المناسبة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة. وفي هذا الصدد، فإن العاملين في ميدان التربية الخاصة يعملون على:
- تطوير أساليب التواصل الفعالة مع الوالدين. فالأخصائيون يتجنبون إستخدام مصطلحات التقنية ويستخدمون اللغة التي يفهمها الوالدان وأساليب التواصل الأخرى الملائمة.
- تحديد واستخدام معرفة الوالدين وخبرتهم في تخطيط وتنفيذ وتقييم الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساندة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.

Scanned by CamScanner

- المحافظة على فتح قنوات التواصل بين المهنيين والوالدين مع احترام خصوصياتهم وسرية المعلومات.
- إتاحة الفرصة الكافية لتدريب أولياء الأمور، باستخدام المعلومات الصحيحة والطرق التدريبية الفعالة.
- إبلاغ الوالدين بالحقوق التربوية لطفلهما، وبأية عملية تنطوي على اعتداء على تلك الحقوق.
- التعرف إلى الفروق الثقافية والأسرية بين أسر الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة واحترام تلك الفروق.
- إدراك حقيقة أن العلاقة بين الأسرية والظروف البيئية المجتمعية تؤثر على سلوك ومستقبل الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.

(5-1) الدفاع عن الحقوق:

- إن العاملين في ميدان التربية يقومون بدور المدافع عن الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وذلك بالتحدث نيابة عنهم وبالكتابة وبالأفعال. وفي هذا الصدد يقوم العاملون بما يلي:
- محاولة تحسين الخدمات التربوية المقدمة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة مؤكدين على أن آراءهم الشخصية لا تعبر عن الآراء الرسمية للمؤسسة التي يعملون بها.
- العمل جنباً إلى جنب مع المهنيين الآخرين وتشجيعهم على تحسين واقع خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة المقدمة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.
- توثيق النقص في المصادر بطريقة موضوعية واقتراح الإجراءات التصحيحية المناسبة.

Scanned by CamScanner

- متابعة أية أخطاء تحدث على صعيد وضع الشخص ذي الحاجات الخاصة في البيئة التعليمية غير الملائمة والتدخل بطريقة مناسبة لضمان التحاق الشخص بالبيئة التعليمية الملائمة.
- تطبيق التعليمات/ التنظيمات المحلية ذات العلاقة بالحقوق التربوية للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة والعمل على حماية حقهم في تساوي الفرص في المجتمع.

2- التوظيف المهني

(2-1) الشهادة والمؤهلات

- إن العاملين في ميدان التربية الخاصة لا يوظفون إلا الأشخاص الذين لديهم كفاية مهنية لتعليم وتدريب الأشخاص ذوي الحاجات التربوية الخاصة.

(2-2) التوظيف

- إن العاملين في ميدان التربية الخاصة لا يميزون في التوظيف على أساس العرق أو اللون أو الجنس أو الدين أو العمر أو الميول السياسية أو الخلفية العائلية أو الثقافية أو الإعاقة.
- يقدم المهنيون أنفسهم بطريقة أخلاقية وقانونية فيما يتصل بتدريبهم وخبرتهم عندما يبحثون عن وظيفة.
- يقدم العاملون في ميدان التربية الخاصة بعقد العمل وبالواجبات الموكولة إليهم فيه.
- يحق للعاملين في ميدان التربية الخاصة الذين تنهى خدماتهم الحصول على كتاب خطّي يوضح أسباب إنهاء خدمتهم ويؤكد على احترام كافة حقوقهم المهنية.
- إن العاملين في ميدان التربية الخاصة يحصلون على الحقوق والفرص المتاحة للعاملين الآخرين في المدارس.

Scanned by CamScanner

- يطلب العاملون في ميدان التربية الخاصة المساعدة بما فيها خدمات المهنيين الآخرين عندما تهدد المشكلات الشخصية قدرتهم على تأدية وظائفهم المهنية.
- يستجيب العاملون في ميدان التربية الخاصة بموضوعية عندما يطلب منهم تقييم المتقدمين للعمل في الميدان.
- يحق للعاملين في ميدان التربية الخاصة أن يحلو المشكلات المهنية التي تعترضهم وذلك بتوظيف الإجراءات المتبعة بما في ذلك استخدام الشكاوى إذا اقتضت الحاجة لذلك.

(2-3) التعيين والدور المهني

- يجب أن يحصل العاملون في ميدان التربية الخاصة على كتاب خطّي واضح يبين جميع الواجبات والمسؤوليات بما في ذلك الأمور التي يتم تحديدها بوصفها ظروفاً للعمل.
- إن العاملين في ميدان التربية الخاصة يطورون كفاياتهم المهنية وسبل تعاونهم مع المهنيين الآخرين بالمشاركة الفاعلة في تخطيط وتنفيذ وتقييم برامج التربية الخاصة والبرامج التربوية العامة لكي تستجيب هذه البرامج للحاجات المتغيرة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.
- إن العاملين في ميدان ذوي الحاجات الخاصة يعملون مع الإعاقة والمراحل العمرية وفي البيئة التعليمية التي أعدتهم شهاداتهم وخبرتهم للعمل فيها.
- تقدم الخدمات الاستشارية والداعمة الكافية للعاملين في ميدان التربية الخاصة على أيدي مهنيين آخرين يتمتعون بالكفاية المهنية العالية كنتيجة للخبرة أو التدريب.
- إن تنظيم الخدمات التي يقدمها العاملون في ميدان التربية الخاصة والإشراف عليها يتمان وفقاً لمعايير مساءلة واضحة.

Scanned by CamScanner

- إن عدم توفر المعلّم البديل أو الكوادر المساندة بما في ذلك مساعدي المعلمين يجب أن لا يؤدي بأي حال من الأحوال إلى عدم تقديم الخدمات التربوية المناسبة.

(2-4) النمو المهني

- يحرص العاملون في ميدان التربية الخاصة على تطوير معرفتهم ومهاراتهم على نحو منظم بهدف الحفاظ على كفاية مهنية عالية والاستجابة للحاجات المتغيرة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وذلك من خلال المشاركة في نشاطات التدريب أثناء الخدمة و ورشات العمل والندوات وحلقات العمل المتخصصة وقراءة الأدبيات المتخصصة.
- يساهم العاملون في ميدان التربية الخاصة في التقييم المنظم والموضوعي لأنفسهم وزملائهم وخدماتهم والبرامج المقدمة بغية تطوير الأداء المهني على نحو مستمر.
- يحرص الإداريون والمشرفون العاملون في ميدان التربية الخاصة على دعم وتطوير النمو المهني.

3- علاقة المهنيين بالمهنة وبالمهنيين الآخرين

(3-1) فيما يتعلق بالمهنة

- يتحمل العاملون في ميدان التربية الخاصة مسؤولية المشاركة في المنظمات المهنية والالتزام بالمعايير المهنية والأخلاقية للمنظمات التي ينتمون إليها.
- إن على العاملين في ميدان التربية الخاصة مسؤولية تقديم الخبرات الميدانية المتنوعة والنموذجية للملتحقين ببرامج البكالوريوس وبرامج الدراسات العليا.
- إن العاملين في ميدان التربية الخاصة يمتنعون عن بناء العلاقات مع الأطفال والآباء لمصالح شخصية.

Scanned by CamScanner

- يسهم العاملون في ميدان التربية الخاصة بشكل فاعل في تنظيم المهنة وذلك باستخدام الإجراءات المناسبة لإحداث التغييرات اللازمة.
- يبادر العاملون في ميدان التربية الخاصة إلى دعم البحوث العلمية المتصلة بتربية الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وذلك بهدف رفع سوية الخدمات التربوية وإفادة الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة. وفي هذا الصدد يقوم المهنيون بما يلي:
- يستخدمون الإجراءات التي من شأنها حماية حقوق الأفراد المشاركين في البحث العلمي.
- يفسرون وينشرون نتائج البحوث بصدق وبروح علمية عالية.
- يدعمون الجهود الرامية إلى إيقاف أي بحث قد ينجم عنه نتائج سلبية على الأفراد المشاركين في الدراسة.
- يتوخون الحذر اللازم وتطبيق الإجراءات الكفيلة بمنع إساءة استخدام أو إساءة تطبيق الجهود البحثية.

(3-2) فيما يتعلق بالمهنيين الآخرين.

- إن العاملين في ميدان التربية الخاصة يعملون بوصفهم أعضاء في فريق متعدد التخصصات آخذين بالحسبان أن سمعة المهنة تعتمد عليهم. وعلى وجه التحديد فهم يعملون ما يلي:
- الاعتراف بكفاية وخبرة أعضاء الفريق الممثلين للمهن الأخرى والممثلين لمهنتهم أيضاً.
- الحرص على تطوير اتجاهات إيجابية هم والمهنيون الآخرين نحو الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة والتعامل بموضوعية فيما يتعلق بقدراتهم ومواطن العجز لديهم.

Scanned by CamScanner

- تقديم الخدمات الاستشارية المناسبة لكل من العاملين في ميدان التربية العامة والتربية الخاصة والآخرين الذين يقدمون خدمات للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.
- تقديم الدعم والمشورة للمهنيين العالمين مع الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة خارج نطاق المدرسة.
- الحفاظ على علاقات عمل فاعلة مع الزملاء والمهنيين الآخرين ومساعدتهم على تطوير مفاهيم إيجابية وصحيحة عن مهنة التربية الخاصة.

Scanned by CamScanner

المراجع

الخطيب، جمال (2008). التربية الخاصة المعاصرة: قضايا وتوجهات. دار وائل، عمان – الأردن.

الخطيب، جمال (2007). تقرير حول برامج التربية الخاصة للطلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة. وزارة التربية والتعليم. عمان – الأردن.

Bozarth, J. D. (1981). Philosophy and ethics in rehabilitation counseling. In R. Parker & C. Hansen, *Rehabilitation counseling: Foundations, consumers, and service delivery*. Boston: Allyn & Bacon (pp. 59 – 81).

Church, G., & Glennem, S. (1992). *The textbook of assistive technology*. San Diego, CA: Singular Publishing Comp.

Council for Exceptional Children. (1983). *CEC code of ethics for educators of persons with exceptionalities*. Reston, VA: Author.

Flippo, K., & Inge, R. (1997). *Assistive technology*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Glenny, G. (2005). The ethics of intervention. *Support for Learning*, 20(1), 12-16.

Heller, H. (1983). Special education professional standards: Needs, value, and use. *Exceptional Children, 50,* 199-204. Individuals with Disabilities Education Act (1997). USCS.

Kauffman, J., & Hallahan, D. (2005). *Special education: What it is and why we need it*. Boston: Allyn & Bacon.

Scanned by CamScanner

Ono, R., & Wedemeyer, D.J. (1994). Assessing the validity of the Delphi technique. *Futures, 26*, 289-304.

Salvia, J., & Ysseldyke, J. (2001). *Assessment in special and remedial education* (8th ed.). Boston: Houghton – Mifflin.

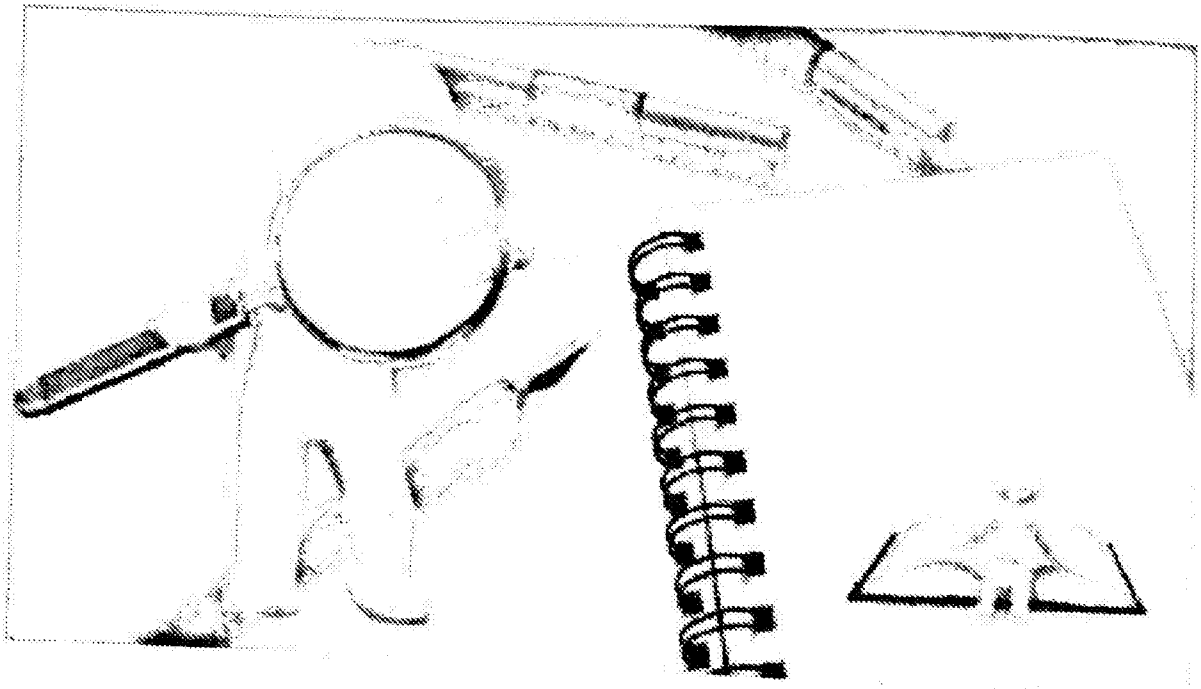
Tarvydas, V. (2004). Ethics. In T. F. Riggar & D. R. Maki (Ed.), *Handbook of rehabilitation counseling*. New York, NY: Springer Publishing Company (pp. 108 – 141).

van Nuland, S; & Khandelwal, B. (2006). *Ethics in education: The role of teacher codes. Canada and South Asia.* International Institute for Educational Planning (IIEP) UNESCO.

Scanned by CamScanner

الفصل الخامس عشر

الأسس البحثية للتربية الخاصة



Scanned by CamScanner

مقدمة

التربية الخاصة ليست مختلفة بالكامل عن التربية العامة. وتمثّل بحوثها - وإن كان لها تحدياتها الخاصة ومجالاتها التي تميزها عن المجالات التربوية الأخرى- صورة مصغرة عن البحث التربوي الأوسع. فإذا تفحصنا بحوث التربية الخاصة تفحصاً عميقاً، اتضح لنا أن المنهجية البحثية في ميدان التربية الخاصة لا تختلف جوهرياً عن تلك المستخدمة في مجالات العلوم التربوية الأخرى وأن الباحثين في مجال التربية الخاصة يستخدمون الطرق التجريبية وغير التجريبية المستخدمة في العلوم الإنسانية والاجتماعية عموماً (الخطيب، 2010). وبما أن التربية الخاصة تعنى بفئات ذات احتياجات وخصائص مختلفة عن الطلبة الآخرين، فقد أكدت أدبياتها منذ عقد الستينيات من القرن الماضي على ضرورة أن يستند تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة إلى البحث العلمي الجيد. فالبحث العلمي الجيد في ميدان التربية الخاصة يمكن أن يسهم في التحقق من فاعلية البرامج والأساليب، وتطوير المعرفة حول القضايا المهمة، وتقييم جدوى البرامج والخدمات المقدمة. وينقل الخطيب (2010) عن كوفمان (Kauffman, 1993) تأكيده على أن البحث العلمي ضروري لإضفاء المشروعية على الممارسات التشخيصية والعلاجية في التربية الخاصة. فثمة اعتقاد مفاده أن التدريس المدعوم بأدلة علمية هو الأكثر فاعلية وأنه يستطيع مساعدة الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة على تحقيق تقدم أفضل في وقت أقل. وقد دأبت أدبيات التربية الخاصة وتشريعاتها منذ عدة سنوات على تشجيع معلمي الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة (الطلبة المعوقين من جهة والطلبة الموهوبين من جهة أخرى) على استخدام التدريس المبني على نتائج البحث العلمي (Evidence-Based Instruction). لكن وضع هذا التوجه موضع التنفيذ في المدارس ليس سهلاً. فالحاجة إلى تقديم خدمات فورية لأكبر عدد ممكن من ذوي الاحتياجات الخاصة جعلت الأنظار تتجه إلى تدريب المعلمين وليس إلى تدريب الباحثين.

Scanned by CamScanner

ويمكن القول بأن ميدان التربية الخاصة لم يطوّر بعد قاعدة متينة من الممارسات التدريسية المستندة إلى البحث العلمي لأنه قليلاً ما يتم نقل المعرفة المنبثقة عن البحث التربوي إلى الممارسة الميدانية حتى في الدول المتقدمة التي أحرزت تقدماً علمياً ملحوظاً في التربية الخاصة، ولأن الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة يشكلون فئات غير متجانسة (Malouf & Schiller, 1995).

يستخدم البحث العلمي مجموعة من الأساليب لدراسة الظواهر، أو التوصل إلى معرفة جديدة، أو تصويب معلومة سابقة

والبحث (Research) هو التطبيق الرسمي للطريقة العلمية لدراسة المشكلات. وهدف العلم هو تفسير الظواهر، والتنبؤ بها، وضبطها. والإفتراض الأساس هو أن الظواهر نظامية (تخضع لقوانين). والبحث العلمي يوفر المعرفة العلمية اللازمة لتطوير النظريات أو الفرضيات أو التحقق من صدقها. وثمة نموذجان نظريان يوجهان البحث العلمي هما: نموذج التعليل الإستقرائي (Inductive Reasoning) الذي يشمل التعميم من حالات أو أحداث قليلة إلى العام (مثال: كل كتاب "مدخل إلى التربية الخاصة" اطلعت عليه يشمل فصلا عن تاريخ التربية الخاصة، ولذلك فكل كتب "المدخل إلى التربية الخاصة" تشمل فصلا عن تاريخ التربية الخاصة). النموذج الثاني هو نموذج التعليل الإستنباطي (Deductive Reasoning) ويشمل التعميم من العام إلى المحدد (مثال: هذا كتاب " مدخل إلى التربية الخاصة"، وعليه فهو يشمل فصلا عن تاريخ التربية الخاصة). وكل نموذج من هذين النموذجين له جوانب قوة، وله جوانب

Scanned by CamScanner

ضعف وعندما يستخدم المنهجان معا في البحث العلمي فهما يتمتعان بقوة هائلة (Mertens, & McLaughlin, 2003).

وهدف البحث التربوي (Educational Research) هو تفسير الظواهر التربوية، والتنبؤ بها، وضبطها. لكن القياس الدقيق للظواهر (المتغيرات) وضبطها في التربية أكثر صعوبة. وتشبه خطوات البحث في التربية خطوات البحث عموماً وهي:

(1) تحديد المشكلة وتعريفها
(2) تنفيذ إجراءات البحث
(3) تحليل البيانات
(4) تفسير البيانات والتوصل إلى استنتاجات

وتصنف البحوث تبعاً للطريقة إلى بحوث كمية وبحوث نوعية. ويشمل البحث الكمي (Quantitative Research) جمع بيانات كمية، أما البحث النوعي (Qualitative Research) فيشمل جمع معلومات كيفية. ويركز البحث النوعي على الأبعاد الكيفية للأشياء وعلى معناها بدلاً من الأبعاد الكمية للأشياء وعدّها كما في البحث الكمي. ففي حين يركز البحث الكمي على الأرقام والإحصاء يركز البحث النوعي على التسجيل القصصي كما في الملاحظة الطبيعية أو المقابلات ذات النهايات المفتوحة أو تحليل الوثائق أو دراسة الحالة، إلخ. وإلى حد بعيد، يستخدم الباحث النوعي منهجية ذاتية غير موضوعية حيث أن الباحث نفسه يشكل أداة البحث (جمع المعلومات).

Scanned by CamScanner

البحث النوعي أسلوب يستخدم بوجه خاص في العلوم الاجتماعية للتوصل لفهم معمق للسلوك والقوانين التي تتحكم به

وبوضوح أكبر، فالبحث الكمي استنباطي، وموضوعي، ويحاول ضبط المتغيرات، ويتصف بالتحديد والدقة. أما البحث النوعي فهو استقرائي، وذاتي، وتفسيري، واستكشافي، ولا يتضمن ضبطاً جيداً للمتغيرات. ومن الخصائص الأخرى المميزة للبحث النوعي: الاهتمام بتحليل الظواهر الطبيعية وليس التحكم فيها، وتقديم كثير من التفاصيل والاقتباسات، والاهتمام بمعرفة أفراد الدراسة واستبصار خبراتهم الشخصية، والسماح بتغيير الطرق المستخدمة لجمع المعلومات من مرحلة إلى أخرى في الدراسة، واستخدام أساليب غير تقليدية لتحديد أفراد الدراسة، والاهتمام الكبير بالسياق الذي تنفذ فيه الدراسة، وعدم تحديد المتغيرات أو الأساليب أو الفرضيات أو طرق جمع المعلومات بدقة قبل البدء بتنفيذ البحث. ويستخدم الباحث النوعي طرقاً متنوعة لجمع البيانات من أهمها: المقابلات المفتوحة والموسعة، والملاحظة، والدراسة الاثنوغرافية، ودراسة الحالة، ولعب الدور، وتحليل الوثائق، والتصوير.

وتصنف البحوث الكمية بدورها إلى:

البحث التاريخي (Historical Research) : يشمل دراسة الأحداث الماضية، وهدفه التوصل إلى استنتاجات حول أسباب ونتائج الأحداث الماضية بغية تفسير الأحداث الحالية والتنبؤ بالأحداث المستقبلية، ومصادر المعلومات فيه قد تكون أولية أو ثانوية.

Scanned by CamScanner

البحث الوصفي (Descriptive Research) : يشمل جمع معلومات للإجابة عن أسئلة أو فحص فرضية حول الوضع الحالي لظاهرة ما، وتجمع المعلومات فيه إما باستخدام الإستبانات، أو المقابلات، أو الملاحظة.

البحث الإرتباطي (Correlational Research) : يشمل جمع معلومات للتأكد من وجود أو عدم وجود علاقة بين متغيرين أو أكثر. وفيه تحسب العلاقة عن طريق معامل ارتباط، وتتراوح قيمة معاملات الإرتباط بين ناقص واحد وزائد واحد. والعلاقة الإرتباطية بين متغيرين لا تعني أن أحدهما سبب والآخر نتيجة لكن وجود علاقة قوية يسمح بالتنبؤ

البحث السببي المقارن (Causal Comparative Research): وفيه تعامل الصفة التي يعتقد أنها تحدث فرقا بوصفها سببا، لكن العلاقة السببية تكون ضعيفة لأن الباحث لا يستطيع التحكم بالمتغيرات أو ضبطها فهي تكون قد حدثت قبل قيامه بتنفيذ التجربة.

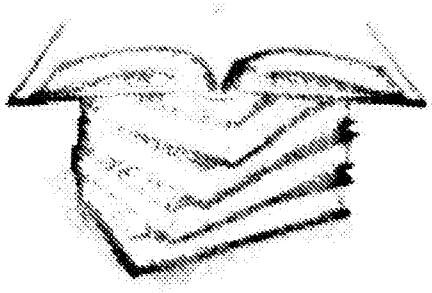
البحث التجريبي (Experimental Research) : وهو منهج البحث الوحيد الذي يسمح بالتوصل لاستنتاجات حول الأسباب والنتائج لأن الباحث يتحكم بالمتغير المستقل (السبب) ويحدد أثره على المتغير التابع (النتيجة)، وغالباً ما يتم اختيار المجموعات عشوائياً.

تصاميم الحالة الواحدة (Single Subject Designs) وفي هذه التصميمات، تتم دراسة فرد واحد أو عدد قليل من الأفراد لاستكشاف علاقات سببية. ومن منظور تاريخي، كانت هذه التصميمات قد طورت في ميدان تعديل السلوك إلا أنها أصبحت في الوقت الحالي تستخدم على نطاق واسع نسبياً في التربية وعلم النفس والإرشاد والعمل الاجتماعي ومجالات أخرى. وفي تصميمات الحالة الواحدة، تتم مقارنة سلوك الفرد في ظروف مختلفة وبذلك فإن مقارنة أدائه في هذه الظروف المختلفة يقوم بوظيفة المجموعة التجريبية.

Scanned by CamScanner

مشكلة البحث (Research Problem)

الخطوة الأولى والأكثر صعوبة في عملية البحث هي تحديد مشكلة البحث. والمشكلة البحثية هي عبارة أو جملة استفهامية يطرحها الباحث حول العلاقة أو الفرق بين متغيرين أو أكثر. وفي البداية، يتم تحديد مجال الإهتمام البحثي بشكل عام، ومن ثم تحديد مشكلة البحث بشكل دقيق.



تشكل مشكلة البحث سياق البحث وتوضح ما يحاول الباحث الإجابة عنه

وأهم المصادر للمشكلات البحثية هو الأدب النظري والدراسات السابقة المتضمنة مراجعات وخلاصات لها أهمية خاصة. كذلك فالخبرة الشخصية مهمة. ويمكن الإفادة من الدراسات السابقة، لكن البحث يجب ألا يكون مجرد تكرار لدراسة سابقة. ومن خصائص مشكلات البحث الجيدة أنها قابلة للبحث (يمكن التحري عنها من خلال جمع البيانات وتحليلها). والمشكلة الجيدة لها أهمية نظرية وتطبيقية. كما أن مشكلة البحث الجيدة تشير إلى المتغيرات التي ستتم دراستها والعلاقات التي ستدرس بين هذه المتغيرات. ومشكلة البحث الجيدة تحدد المتغيرات الأخرى ذات العلاقة، وتبين مبررات شمولها أو عدم شمولها في الدراسة. وأخيراً فمشكلة البحث الجيدة تعرف المتغيرات (المصطلحات) تعريفاً مفهومياً واجرائياً.

ويصوغ الباحث المشكلة البحثية إما على هيئة سؤال أو فرضية. ويفضل كثير من الباحثين الأسئلة البحثية كونها بسيطة ومباشرة. وتتمثل فائدة الأسئلة في كونها

Scanned by CamScanner

توجه الباحث لاختيار التصميم المناسب الذي يمكنه من الإجابة على الأسئلة. ويعتمد تصميم البحث الذي يستخدمه الباحث على طبيعة الأسئلة التي يود الإجابة عليها.

وتأخذ أسئلة البحث الأشكال الرئيسة التالية:

(أ) أسئلة الوصف التي تستخدم تقليدياً في البحوث الوصفية. ومن الأمثلة عليها:

"ما مواقف أولياء الأمور من دمج أطفالهم الصم في المدارس العادية؟"

"ما أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم؟"

"ما مدى رضا معلّمي التربية الخاصة عن الدعم الذي يقدم لهم؟"

(ب) أسئلة العلاقة وتستخدم تقليدياً في البحوث الارتباطية كونها تحاول معرفة العلاقة بين متغيرين أو أكثر. ومن الأمثلة عليها:

"ما العلاقة بين أنماط التنشئة الأسرية والنمو الانفعالي والإجتماعي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة؟"

"ما العلاقة بين عمر الأم عند الإنجاب ومعدل حدوث متلازمة داون لدى الأطفال؟"

"ما العلاقة بين الخداج والإصابة بالضعف السمعي؟"

(ج) أسئلة الفروق وتستخدم عندما يكون الباحث مهتما بمعرفة أوجه الاختلاف بين مجموعتين أو بين برنامجين أو أكثر. ومن الأمثلة عليها:

"هل توجد فروق ذات دلالة في التكيف الإجتماعي بين الأطفال المكفوفين والأطفال ضعيفي البصر؟"

"هل توجد فروق ذات دلالة في مهارات التواصل بين الأطفال الصم الذين يتمتع أولياء أمورهم بسمع طبيعي والأطفال الصم الذين يوجد لدى أولياء أمورهم صمم؟"

Scanned by CamScanner

"هل توجد فروق ذات دلالة في استراتيجيات تدبر الضغوط النفسية بين أولياء أمور الأطفال المتخلفين عقلياً الذين قدّم لهم برنامج إرشادي وأولياء الأمور الذين لم يقدّم لهم ذلك البرنامج الارشادي؟"

أما فرضيات البحث (Research Hypotheses) فهي عبارات مؤقتة تصف العلاقة المتوقعة بين متغيرين أو أكثر. وغالباً ما يحدد الباحثون فرضياتهم على ضوء التوقعات التي تتطور لديهم استناداً إلى النظريات أو إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة. وإما أن تكون الفرضية موجهة بمعنى أنها تحدد مسار أو اتجاه العلاقة أو الفرق وإما أن تكون غير موجهة بمعنى أنها تتنبأ وجود فرق لكنها لا تحدد مساره أو اتجاهه. ومن الأمثلة على الفرضية الموجهة:

"المعلّمون الذين تلقوا تدريباً مكثفاً في أساليب تعديل السلوك أكثر فاعلية في ضبط السلوك الصفي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة من المعلّمين الذين لم يتلقوا مثل ذلك التدريب".

ومن الأمثلة على الفرضية غير الموجهة:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α= 0.05) في المعنويات بين معلّمي التربية الخاصة والمعلّمين العاديين".

وتسمى الفرضية فرضية إحصائية أو صفرية إذا تنبأت بعدم وجود فرق ذي دلالة. ومن الأمثلة على الفرضية الصفرية:

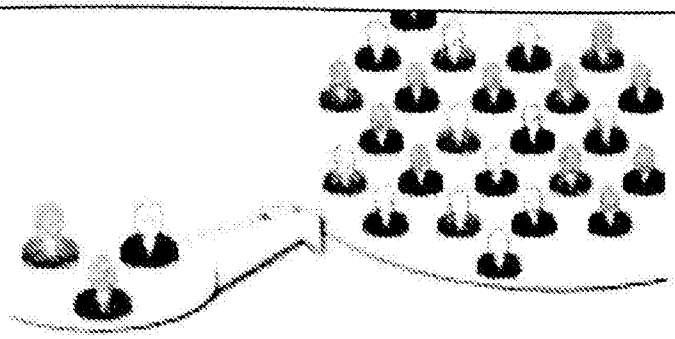
"لا يوجد فروق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (α= 0.05) في السلوك الاجتماعي بين الطلبة ذوي صعوبات التعلّم والطلبة العاديين".

المجتمع والعينة (Population and Sample)

يقصد بمجتمع البحث المجموعة الكلية من الأفراد أو العناصر التي تتمتع بخصائص مشتركة قابلة للقياس والتي يرغب الباحث في تعميم نتائج بحثه عليها. وغالباً ما تشمل البحوث العلمية دراسة جزء من كل. ويسمى الجزء من المجتمع الذي يقوم

Scanned by CamScanner

الباحث باختياره بطريقة تمثل المجتمع من أجل دراسته عينة البحث. إلا أن بعض البحوث تشمل دراسة المجتمع كله وبذلك يكون المجتمع كله عينة الدراسة.



العينة ليست الفئة المستهدفة من البحث بل هي المجموعة التي يتم دراستها من تلك الفئة

وعند دراسة عينة من المجتمع يحرص الباحثون بوجه عام على دراسة عينة كبيرة قدر الإمكان. وتساعد الإجابة عن الأسئلة التالية الباحث على اختيار عينته: (1) ما الأهداف التي يسعى البحث إلى تحقيقها؟، (2) ما المجتمع الذي يود الباحث تعميم نتائج دراسته عليه؟، (3) ما العناصر أو المكونات الأساسية في هذا المجتمع؟، (4) ما الخصائص التي ينبغي أن تتوفر في العينة لتكون ممثلة للمجتمع؟، (5) كم ينبغي أن يكون حجم العينة لتعد عينة مناسبة للبحث؟ وبوجه عام، يراعي الباحثون المتغيرات الأساسية التالية عند تحديد حجم العينة (Mertens, & McLaughlin, 2003):

- طبيعة مجتمع الدراسة

تعتبر العينة الصغيرة نسبياً مقبولة عندما يكون المجتمع متجانساً من حيث خصائصه ذات الأهمية في البحث. وعندما يكون المجتمع غير متجانس في خصائصه تزداد الحاجة إلى عينة ذات حجم أكبر.

- طبيعة البحث

تؤثر طبيعة البحث على حجم العينة اللازمة. فالدراسات المسحية، مثلا، تستدعي اختيار (10-20٪) من مجتمع الدراسة. أما البحوث التجريبية فهي تتطلب ما

Scanned by CamScanner

لا يقل عن 25-30 فرداً في كل مجموعة وما لا يقل عن (5) أفراد في الخلية الواحدة في تصميم البحث. وفي الدراسات الإرتباطية يجب ألا يقل عدد الأفراد عن (100) تقريباً. وفي دراسة الحالة يكون عدد الأفراد قليلاً وربما يكون فرداً واحداً وكذا الأمر بالنسبة للبحوث التجريبية ذات التصميمات الفردية. وأخيراً، غالباً ما يكون عدد أفراد العينة في البحوث النوعية قليلاً بالمقارنة بالبحوث الكمية لأن البحوث النوعية تتضمن دراسة مكثفة وتفصيلية لأفراد الدراسة.

- حجم مجتمع الدراسة

وأخيراً، يتقرر حجم عينة الدراسة على ضوء حجم المجتمع. فكلما كبر حجم مجتمع الدراسة، قلت نسبة الأفراد الذين يتم اختيارهم في العينة. وبالمقابل، تزداد نسبة الأفراد الذين ينبغي سحبهم من المجتمع عندما يكون حجم هذا المجتمع صغيراً وقد تصل هذه النسبة الى 100٪ إذا كان المجتمع صغيراً جداً. فعلى سبيل المثال، إذا كان العدد الإجمالي لمعلمي الأطفال المكفوفين في المملكة عشرين معلما وكان البحث مسحياً، يفضل أن يدرس الباحث جميع هؤلاء المعلمين إذ لا مبرر لدراسة عينة فقط منهم.

ويتطلب البحث العلمي اختيار عينة لدراستها. فنادراً ما يحتاج الباحث إلى دراسة المجتمع كله (خاصة إذا كان كبيراً أو كان موزعاً على مناطق جغرافية شاسعة). ويحتاج الباحث إلى اختيار عدد من الأفراد لدراستهم بحيث يمثل هؤلاء الأفراد المجموعة الأكبر التي تم اختيارهم منها. وإذا اختيرت العينة بشكل سليم، فنتائج البحث يمكن تعميمها على المجتمع.

وتتحدد امكانية تعميم النتائج على طريقة اختيار العينة، والنتائج غير القابلة للتعميم هي هدر للوقت. وثمة طرق عديدة لاختيار العينة، وبغض النظر عن الطريقة التي يتم استخدامها فالعملية تشمل الخطوات التالية: (أ) تحديد المجتمع، (ب) تحديد حجم (عدد أفراد العينة)، (ج) اختيار العينة. والعينة قد تكون عينة احتمالية وقد تكون عينة غير احتمالية أو قصدية. والعينات الإحتمالية عدة أنواع (Gall, Borg, & Gall, 2002):

Scanned by CamScanner

1. العينة العشوائية البسيطة

وفيها تكون الفرصة متساوية ومستقلة لكل فرد من أفراد المجتمع للدخول في العينة. وأفراد الدراسة قد يختارون بالقرعة (إذا كان العدد قليلاً نسبياً) أو بالاستعانة بجدول أرقام عشوائية (إذا كان العدد كبيراً). والعينة العشوائية هي أفضل طريقة لاختيار عينة ممثلة، لأن الفروق بين العينة والمجتمع ستكون صغيرة وغير مقصودة (لا تعكس محاباة الباحث أو تحيزه) وإنما تكون نتيجة الصدفة. والعينة العشوائية مهمة أيضاً لأنها لازمة للإحصاء الاستنباطي (التحليلي) وذلك مهم لأن الإحصاء الأستنباطي يسمح للباحث بالتخمين والتوصل لاستنتاجات حول المجتمع من دراسة العينة

2. العينة الطبقية

وهي اختيار الأفراد في العينة بطريقة تمثل أو تعكس نسبتهم في المجتمع. فإذا أراد الباحث إجراء دراسة مسحية لمعلمي التربية الخاصة (عددهم الكلي الإفتراضي 100 معلّم ومعلّمة)، فعليه أن يختار عينة تمثل نسبة توزيع المعلمين في المجتمع. وتشبه طريقة اختيار أفراد العينة الطريقة السابقة إلا أن الاختيار يتم من المجموعات الفرعية وليس من المجتمع كاملاً.

3. العينة العنقودية

وفيها يتم اختيار مجموعات وليس أفراد في العينة. فبدلاً من اختيار أطفال من الصف الثالث الإبتدائي عشوائياً، يتم إختيار صفوف ثالث عشوائياً وكل الأطفال في الصفوف التي اختيرت هم أفراد العينة. كل الأفراد في المجموعة لهم خصائص مشتركة. وطريقة اختيار العينة العنقودية تشبه طريقة اختيار العينة العشوائية إلا أن ما يتم اختياره هو مجموعات (عناقيد) لا أفراد. والعينة العنقودية مناسبة عندما يكون حجم المجتمع كبيراً جداً أو عندما يكون المجتمع موزعاً على مناطق جغرافية ممتدة الأطراف. ويمكن اختيار العينة العنقودية على مراحل وعندئذ تسمى العينة عينة عنقودية متعددة المراحل. مثال على ذلك اختيار مدارس عشوائياً أولاً ومن ثم اختيار صفوف عشوائياً.

Scanned by CamScanner

4. العينة المنتظمة

وفيها يتم اختيار الأفراد من قائمة تضم أسماء مرتبة ترتيباً عشوائياً. وتختلف هذه العينة عن العينة العشوائية البسيطة في أن اختيار الأفراد ليس مستقلاً، فبمجرد أن يتم تحديد الفرد الأول أصبحت كل الأرقام التالية التي سيتم شمولها معروفة.

5. العينات غير العشوائية (غير الإحتمالية)

وهي عدة أنواع منها العينة التطوعية وتشمل دراسة عينات من المتطوعين للمشاركة في البحث. والعينات التطوعية غالباً ما تكون عينات متحيزة لا تمثل جيداً مجتمع الدراسة بمعنى أن المتطوعين يختلفون عن غير المتطوعين. وقد تكون العينة قصدية (عمدية) أو عينة عرضية أو متيسرة أو عينة صدفة أو عينة حصص.

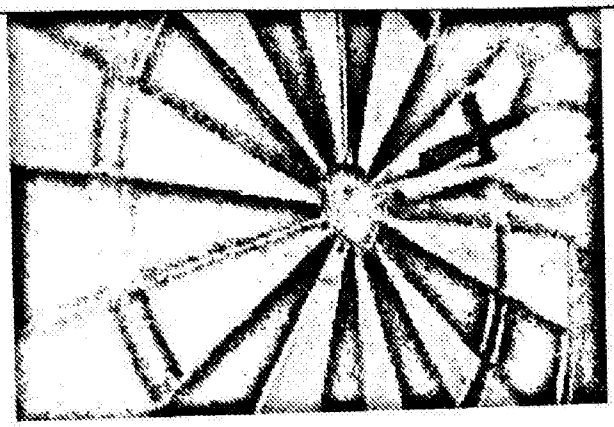
اختيار أدوات جمع المعلومات في البحث العلمي

بما أن البحث يهدف إلى فحص فرضيات أو الإجابة عن أسئلة، فلا بد من جمع البيانات اللازمة للإجابة عن تلك الأسئلة أو فحص تلك الفرضيات. ولجمع المعلومات، يستطيع الباحث: (أ) تطبيق اختبار أو أداة مقننة، (ب) تطبيق أداة أو اختبار من تصميمه هو، (ج) تحليل بيانات موجودة (مثل العلامات المدرسية). وهناك مئات بل آلاف الأدوات الأجنبية والعربية لجمع معلومات متنوعة، وعلى الباحث اختيار الأداة الملائمة لبحثه.

والاختبار هو طريقة لقياس معرفة، أو مهارة، أو شعور، أو ذكاء، أو قدرة فرد أو مجموعة من الأفراد. والاختبار المقنن اختبار يطوره خبراء في القياس. وكل فقرة في الاختبار يتم تحليلها وإعادة كتابتها إلى أن تتحقق فيها شروط محددة. كذلك يرافق الاختبار المقنن دليل للتطبيق والتصحيح والتفسير. ومن أهم مميزات الاختبار المقنن الموضوعية. والموضوعية تعني أن درجة المفحوص لن تختلف باختلاف الفاحص. صفة أخرى مهمة من صفات الاختبار المقنن أنه يحدد بوضوح تام ظروف تطبيق الاختبار، وتعليمات تصحيحه، وموجهات تحليل وتفسير المعلومات التي يوفرها.

Scanned by CamScanner

ويرافق الاختبار المقنن جدول درجات معيارية يشمل درجات خام ودرجة أو أكثر من الدرجات المحولة (المعيارية).



الصدق من أهم القضايا في القياس النفسي والتربوي وهي درجة قياس الاختبار لما يدّعي أنه يقيسه

ومن المميزات الأساسية الأخرى للاختبار المقنن: الصدق والثبات. والصدق (Validity) هو درجة نجاح الاختبار في قياس ما وضع من أجل قياسه. فالاختبار يوضع لقياس شيء ما لدى مجموعة محددة من الأفراد. ولذلك فالسؤال ليس: هل الإختبار صادق أم غير صادق، وإنما صادق في قياس ماذا ولدى من؟ فالاختبار الصادق في قياس الذكاء ليس اختباراً صادقاً لقياس التحصيل. والإختبار الصادق في قياس ذكاء الأطفال ليس بالضرورة اختباراً صادقاً في قياس ذكاء الراشدين. ولأن المهم هو "الاختبار صادق لمن؟"، فإن المجموعة المعيارية لها أهمية كبيرة. وبما أن الاختبارات لها أهداف متنوعة، من الطبيعي أن تكون هناك طرق مختلفة لقياس الصدق (Gall, Borg, & Gall, 2002).

(أ) صدق المحتوى (Content Validity)

لكي يتمتع الاختبار بصدق المحتوى يجب أن يتوافر فيه صدق الفقرات، وصدق عينة الفقرات المختارة. ويتعلق صدق الفقرة بمدى تمثيل الفقرة في الاختبار للمحتوى المراد قياسه. أما صدق اختيار عينة الفقرات فيتعلق بمدى تمثيل

Scanned by CamScanner

الاختبار للمحتوى الكلي المراد قياسه. فقد تكون الفقرات جيدة لكنها لا تقيس المحتوى كله. ويشار أحيانا إلى صدق المحتوى بالصدق الظاهري لأن ما نفعله هنا هو الإجابة عن السؤال: "هل يبدو أن الاختبار يقيس ما وضع من أجل قياسه؟"، وذلك يتم بالإستعانة بلجنة تحكيم (خبراء).

(ب) الصدق التلازمي (Concurrent Validity)

يقصد بهذا النوع من الصدق مدى تقارب الدرجات التي يوفرها الاختبار مع الدرجات التي يوفرها اختبار آخر مطور ومستخدم أو مع معيار آخر صادق متوفر (مثل: المعدل التراكمي).

(ج) الصدق التمييزي (Discriminant Validity)

وهو يعدّ نوعاً من الصدق التلازمي. وهو يحاول الإجابة عن السؤال التالي: هل تختلف درجات من يمتلكون صفة ما عمّن لا يمتلكون تلك الصفة؟

(د) صدق المفهوم/البناء (Construct Validity)

وهو يحاول الإجابة عن السؤال التالي" إلى أي مدى يقيس الاختبار بناءً مفاهيمياً مفترضاً؟" من الأمثلة على ذلك: الذكاء، القلق، الإبداع، مفهوم الذات، العمليات المعرفية الفوقية، العمليات الإدراكية. فهذه كلها غير قابلة للقياس المباشر. ونحن نحتاج إلى نظرية (إطار نظري) للتحقق في ضوئها من صدق المفهوم للإختبارات.

(هـ) الصدق التنبؤي (Predictive Validity)

ويقصد به إلى أي مدى يستطيع الإختبار التنبؤ بأداء الفرد في المستقبل؟ والتحقق من الصدق التنبؤي يشمل: (1) تطبيق الإختبار، (2) الإنتظار إلى أن يحدث السلوك المتنبأ به، (3) قياس السلوك بعد حدوثه، (4) ايجاد العلاقة بين الدرجتين (الدرجة المتنبأ بها والدرجة الفعلية التي تم الحصول عليها سابقاً).

Scanned by CamScanner

أما الثبات (Reliability) فيشير إلى مدى الثقة بالمعلومات التي يوفرها الاختبار. ويتم التعبير عن الثبات رقمياً من خلال معامل يعرف بمعامل الثبات (Reliability Coefficient). كلما كانت قيمة المعامل أعلى، كان ثبات الإختبار أعلى. والثبات الأعلى يعني أن الخطأ في القياس أقل.

الثبات هو الاستقرار وهو التوصل إلى نتائج متشابهة في مرات مختلفة ولكن متشابهة

وثمة أنواع مختلفة من الثبات من أهمها (Gall, Borg, & Gall, 2002):

(أ) تطبيق الإختبار وإعادة تطبيقه (Test etest Reliability) ويقصد به مدى الانسجام أو الاتساق بين الدرجات التي يوفرها الاختبار من وقت إلى أخر. ويشمل التحقق من الثبات بهذه الطريقة: (1) تطبيق الاختبار على المجموعة المستهدفة، (2) بعد مضي بعض الوقت (أسبوعان مثلاً)، يعاد تطبيق نفس الاختبار على نفس المجموعة، (3) تحتسب العلاقة الارتباطية بين مجموعتي الدرجات، ويسمى الناتج معامل الاستقرار (Coefficient of Stability).

(ب) الصور المتكافئة (Equivalent Forms) ويشمل تطبيق اختبارين متطابقين تماماً إلا أن الفقرات فيهما مختلفة. وللتحقق من الثبات يتم: (1) يتم تطبيق الصورة الأولى من الاختبار على المجموعة، (2) تطبيق الصورة الثانية من الاختبار نفسه

Scanned by CamScanner

على نفس المجموعة بعد تطبيق الصورة الأولى بفترة وجيزة، (3) استخراج معاملات الارتباط بين مجموعتي الدرجات.

(ج) التجزئة النصفية (Split - Half Reliability) وهي نوع من أنواع الاتساق الداخلي (Internal Consistency). ويشمل التحقق من الثبات: (1) تطبيق الاختبار بالكامل على المجموعة، (2) تجزئة الاختبار إلى نصفين مقارنين (الفقرات ذات الأرقام الفردية تشكل نصفاً والفقرات ذات الأرقام الزوجية تشكل النصف الأخر)، (3) حساب درجة كل مفحوص على كل جزء، (4) استخراج العلاقات الارتباطية بين مجموعتي الدرجات. وتستخدم معادلات مختلفة لحساب الثبات.

(د) ثبات المقدرين (Rater Reliability) وهذا ضروري عندما تتأثر البيانات بالعوامل الذاتية كما في الملاحظة والأسئلة المقالية. ومعامل ثبات أكثر من 0,80 مطلوب غالباً. ولكن الأمر يختلف من مجال إلى آخر، فقياس الشخصية أو تقدير الذات ليس بدقة قياس التحصيل مثلاً. كذلك يتوقع أن يكون ثبات الاختبار الأطول (عدد الفقرات كثير) أكثر من ثبات الاختبار الأقصر (عدد الفقرات قليل). وعندما يتكون الاختبار من اختبارات فرعية يجب التحقق من ثبات كل فرع.

انفصال البحث عن الممارسة في التربية الخاصة

ينبغي الاعتراف بأن هناك هوّة واسعة بين البحث العلمي والممارسات الميدانية في التربية عامة كانت أم خاصة. فقليلاً ما تتم ترجمة المعرفة المنبثقة عن البحث التربوي إلى برامج في الممارسة التربوية الميدانية حتى عندما تقدم البحوث معرفة بالغة الحيوية فيما يتعلق بالمشكلات المهمة في الميدان. وأسباب ذلك الانفصال متعددة ومنها الافتراض الضمني بأن البحث الذي يوضح كيف يتعلّم الطلبة يوضح في الوقت نفسه كيف ينبغي على المعلمين أن يعلّموا. وبناء على ذلك، فعندما تفشل محاولات تطبيق النتائج التي يتوصل إليها البحث التربوي، يوجه اللوم إلى المعلّمين

Scanned by CamScanner

بدعوى أنهم يقاومون التغيير ويتبنون اتجاهات سلبية نحو البحث ويفتقرون إلى المهارات اللازمة لتفسير وترجمة النتائج البحثية وترجمتها إلى إجراءات عملية (Malouf & Schiller, 1995). وثمة سبب أخر تتم الإشارة إليه عند محاولة تفسير عدم ديمومة الممارسات المستندة إلى البحث العلمي هو أن الباحثين ينفذون بحوثاً لا تعكس بما فيه الكفاية حقائق التعليم الصفي ومحددات استخدامها من قبل المعلمين. والافتراض هو أن عدداً كبيراً من الباحثين يبحثون في الأشياء التي تثير اهتمامهم وليس ما يحتاج المعلمون إليه. وثمة افتراض مفاده أن الباحثين لا يستجيبون للمعلمين بمعنى أنهم لا يشركونهم في عملية التطوير، فهم يتعاملون معهم "كأفراد" في دراساتهم، ويتبنون مواقف غير واقعية من المعلمين. علاوة على ذلك، فإن الممارسات التدريسية التي يتم تطويرها لتحسين نواتج التعلم لبعض الفئات المحددة من الطلبة (مثل الطلبة المعوقين) قد لا تفيد الصف ككل أو قد يتعذر تطبيقها مع مجموعات كبيرة (Malouf & Schiller, 1995).

أخلاقيات البحث العلمي

البحث العلمي له أخلاقيات ينبغي مراعاتها كاملة. ويمكن وصف أهم هذه الأخلاقيات بايجاز على النحو التالي: (1) الحصول على موافقة مسبقة على المشاركة الطوعية في الدراسة من كل فرد من أفراد الدراسة قبل البدء بجمع البيانات، وعندما يكون المشاركون في الدراسة أطفالاً ينبغي الحصول على موافقة مسبقة من أولياء أمورهم، (2) المحافظة على سرية المعلومات حيث ينبغي على الباحث أن يستخدم البيانات لأغراض البحث العلمي فقط وألا يسمح لأحد بالاطلاع عليها (إلا في حالات خاصة) وأن يستخدم الأرقام أو الرموز بدلاً من الأسماء، (3) تجنب خداع أفراد الدراسة، حيث ينبغي إبلاغهم بأغراض الدراسة ما لم يكن ذلك عاملاً يحول دون الحصول على معلومات صادقة عن سلوكهم الطبيعي والتأثير على تعميم النتائج.

Scanned by CamScanner

المراجع

الخطيب، جمال (2010). البحوث العربية في التربية الخاصة (1998-2007): تحليل لتوجهاتها، وجودتها، وعلاقتها بالممارسات التربوية. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 6(4)، 285-302.

Gall, M., Borg, W., & Gall, J. (2002). *Educational research: An introduction* (7th ed.). White Plains, NY: Pearson Allyn & Bacon.

Gresham, F. M. (1998). Designs for evaluating behavior change: Conceptual principles of single-case methodology. In T. S. Watson & F. M. Gresham (Eds.), *Handbook of child behavior therapy* (pp. 23-40). New York: Plenum.

Kauffman, J. M. (1993). How we might achieve the radical reform of special education. *Exceptional Children, 60*, 6 - 16.

Malouf, D., & Schiller, E. (1995). Practice and research in special education. *Exceptional Children*, 61 (5), 414-424

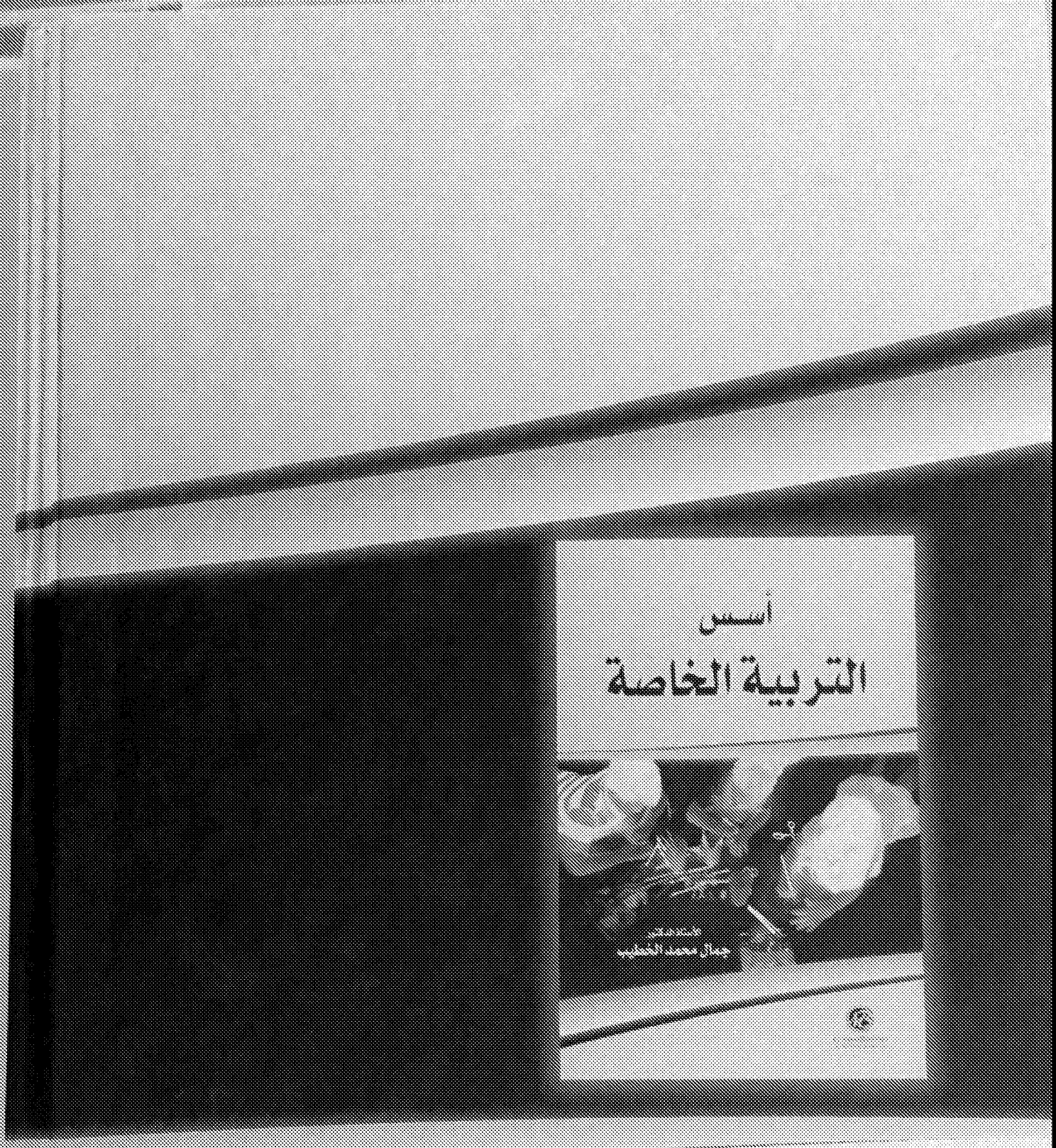
Mertens, D., & McLaughlin, J. (2003). *Research and evaluation methods in special education*. Corwin Press.

Scanned by CamScanner

الفهرس

الموضوع	الصفحة
الباب الأول: الأسس المفاهيمية والتاريخية للتربية الخاصة	7
الفصل الأول: مفاهيم أساسية في التربية الخاصة	9
الفصل الثاني: الأسس التاريخية للتربية الخاصة	39
الباب الثاني: فئات التربية الخاصة الأساسية	59
الفصل الثالث: الإعاقة العقلية	61
الفصل الرابع: الإعاقات الجسمية والصحية	97
الفصل الخامس: صعوبات التعلّم	121
الفصل السادس: الإعاقة السمعية	151
الفصل السابع: الإعاقة البصرية	173
الفصل الثامن: الاضطرابات السلوكية والانفعالية	199
الفصل التاسع: اضطرابات التواصل	229
الفصل العاشر: اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد	249
الفصل الحادي عشر: اضطرابات الطيف التوحدي	275
الفصل الثاني عشر: الموهبة والتفوق	303
الباب الثالث: الأسس القانونية، والمهنية، والبحثية للتربية الخاصة	319
الفصل الثالث عشر: الأسس القانونية للتربية الخاصة	321
الفصل الرابع عشر: الأسس المهنية والأخلاقية للتربية الخاصة	355
الفصل الخامس عشر: الأسس البحثية للتربية الخاصة	379

Scanned by CamScanner



ISBN 978-9960-09-334-7

مكتبة المتنبي
AL MOTANABI BOOK SHOP
الدمام - شارع الملك فهد
هاتف: 8411058 / 8411058 - فاكس: 8411058
ص.ب: 2111 الدمام 31451 المملكة العربية السعودية
E-mail: mb.book.sa@gmail.com

Scanned by CamScanner